



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL**

RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI

**OS SENTIDOS DAS INTERVENÇÕES DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM
SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DO SUJEITO DAS AÇÕES**

Linha – Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental

Orientadora: Prof^ª Dra Teresinha Cid Constantinidis

São Carlos
2024

Renata Luiza dos Santos Krutli

**OS SENTIDOS DAS INTERVENÇÕES DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM
SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DO SUJEITO DAS AÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São
Carlos, como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Teresinha Cid Constantinidis

Área de Concentração: Cuidado, Emancipação Social e
Saúde Mental

São Carlos
2024

Ficha Catalográfica

Renata Luiza dos Santos Krutli

**OS SENTIDOS DAS INTERVENÇÕES DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS EM
SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DO SUJEITO DAS AÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos,
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Terapia Ocupacional.

Área de Concentração: Cuidado, Emancipação Social e Saúde
Mental

Prof.^a Dra. Teresinha Cid Constantinidisz (Orientadora)
Universidade Federal de São Carlos

Prof.^a Dra. Sabrina Helena Ferigato (Banca Examinadora)
Universidade Federal de São Carlos

Prof.^a Dr.^a Tatiana Dimov
Universidade Federal de Santa Maria

São Carlos, 27 de maio de 2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Renata Luiza dos Santos Krutli, realizada em 27/05/2024

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Teresinha Cid Constantinidis (UFES)

Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato (UFSCar)

Profa. Dra. Tatiana Dimov (UFSM)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

AGRADECIMENTO

Agradeço a minha mãe Goreti, que sempre incentivou e apoiou os meus sonhos.

A minha irmã Rafaela, cunhado Jeverson e sobrinhos Kaléo e Isabela, os quais tenho muito amor, afeto e gratidão por estarem na minha vida.

Aos meus amigos e amigas que de diferentes formas e em diferentes contextos apoiaram minha caminhada até aqui e por serem minha rede de apoio.

Agradeço em especial a Salete e Amanda que me acolheram em São Paulo-SP, numa fase de muitas mudanças, nova moradia, no início de um novo ciclo.

A minha orientadora Teresinha Constantinides por toda parceria, serenidade e comprometimento durante esses dois anos de orientação.

A minha banca Sabrina Ferigato e Tatiana Dimov por todas as contribuições pertinentes ao meu trabalho.

A todos os novos e bons encontros que tive e que fizeram parte dessa história.

RESUMO

O uso das atividades no campo da saúde mental não é exclusivo da terapia ocupacional, mas um recurso de extrema relevância à clínica da atenção psicossocial, com objetivo de construir estratégias inclusivas e emancipatórias, com participação social. Estudos apontam que a terapia ocupacional é forte em sua clínica, no trabalho interdisciplinar, porém apresenta dificuldades em afirmar o contorno de sua disciplina. Aponta-se a necessidade de compreender melhor a prática da terapia ocupacional no campo da saúde mental junto aos sujeitos das ações de saúde, identificar a partir da narrativa desses sujeitos como o (a) terapeuta ocupacional se inscreve na vida dessas pessoas, bem como valorizar a perspectiva desses sujeitos sobre os processos que são vivenciados junto à profissão. Assim, o objetivo deste estudo foi apreender e analisar a história de vida de sujeitos das ações de terapeutas ocupacionais atuantes no campo da saúde mental, focalizando no sentido desses processos e encontros segundo as perspectivas desses atores, sujeitos atendidos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo a História Oral como método para coleta de dados. Os participantes da pesquisa foram três usuários de um Centro de Atenção Psicossocial adulto (III) da cidade de São Paulo. A análise dos dados aconteceu em dois momentos: o primeiro voltado para o tratamento das entrevistas, da construção textual, seguindo orientações da História Oral e o segundo momento, voltou-se para o tratamento dos dados das histórias e sua codificação por intermédio da Análise de Conteúdo. Partindo do estudo do eixo temático Processos de cuidado em terapia ocupacional, foram encontradas regularidades e peculiaridades discursivas que delinearão três temas: 1. História de vida; 2. Relação com o CAPS e, 3. Encontro com a terapia ocupacional. Os temas “História de Vida” e “Relação com o CAPS” disseram muito do campo da saúde mental no contexto brasileiro e sobre a trajetória da vida singular de cada participante em relação ao CAPS. Foi expresso o lugar do serviço como espaço de acolhimento, escuta, convivência, mas também trazendo à tona a discussão sobre racionalidade médica, medicalização e patologização da vida. No tema “Encontro com a terapia ocupacional”, os participantes dessa pesquisa trouxeram a perspectiva do encontro com uma pessoa que cuida. Os sentidos trazidos se relacionaram a um profissional que incentiva os usuários a caminharem na vida, que realiza provocações, que utiliza de ferramentas para favorecer a inclusão; se dispõe para garantir acessibilidade do sujeito para com seu grupo e território. Através do protagonismo dos sujeitos que se encontram com terapeuta ocupacional, foi possível compreender a vivência dos sujeitos com a terapeuta ocupacional e com a terapia ocupacional. Os participantes dessa pesquisa trouxeram a perspectiva do encontro com a terapia ocupacional por meio de ações da terapeuta ocupacional. A partir disso foi possível traçar arcabouço, ferramentas e contornos do núcleo profissional da terapia ocupacional que favoreceram esses encontros e o cuidado ofertado ao sujeito.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Saúde Mental. Sujeito. Equipe Interprofissional. Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The usage of activities in the mental health field is not exclusive to occupational therapy; it is an extremely relevant resource in the psychosocial care practice which aims to create inclusive and emancipatory strategies of social participation. Studies show that occupational therapy is strong in its clinical and interdisciplinary work but has difficulties in affirming its own boundaries as a discipline. This work points to the need to better understand the practice of occupational therapy in the field of mental health alongside the subjects of health care actions; to identify how the occupational therapist is included in the lives of these subjects through their narratives; as well as valuing the perspective of these subjects on the processes that are experienced with the professionals. Therefore, this master's thesis aimed to understand and analyze the life history of occupational therapy subjects in the field of mental health focusing on the meaning of these therapy processes and meetings according to the perspectives of these actors. This is qualitative study conducted using oral history as the method for data collection. The research participants were three attendees of an adult Psychosocial Care Center (CAPS III) in the city of São Paulo, SP, Brazil. The data was analyzed in two stages: the first focused on processing the interviews and textual construction following the guidelines of the oral history method; and the second focused on processing the data from the stories and coding them through Content Analysis. From the study of the thematic axis "Processes of care in occupational therapy," regularities and discursive peculiarities were found and outlined three themes: 1. Life story; 2. Relationship with the CAPS; 3. Encounter with occupational therapy. Through the of themes "Life story" and "Relationship with the CAPS," a lot was observed about the field of mental health in the Brazilian context and about the unique life trajectory of each participant in relation to the CAPS. The Care Center was described as a space for hospitality, listening, coexistence; but topics related to medical rationality, medicalization and the pathologization of life were brought up. In the theme "Encounter with occupational therapy", the participants in this research brought the perspective of meeting someone who can take care of them. The meanings conveyed were related to a professional who encourages users to move forward in life, who provokes them, who uses tools to promote inclusion, who is willing to guarantee the subject's accessibility to their group and territory. Through the protagonism of the subjects who met with the occupational therapist, it was possible to understand the subjects' experiences with the occupational therapist and with occupational therapy. The participants in this research brought the perspective of their encounter with occupational therapy through the actions of the occupational therapist and from there it was possible to trace the framework, tools, and outlines of the professional core of occupational therapy that favored these encounters and the care offered to subjects.

Keywords: Occupational Therapy. Mental Health. Subject. Interprofessional Team. Psychosocial Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização Sociodemográfica dos Participantes.....	43
Quadro 2. Eixo Temático e seus respectivos temas, categorias e subtemas.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

APS-Atenção Primária a Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SMS-Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS-Unidade Básica de Saúde

TO- Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 A Terapia Ocupacional e a produção de conhecimento	15
1.2 A terapia ocupacional, a saúde mental e o núcleo profissional	17
1.3 Terapia ocupacional e a prática	21
1.4 O sujeito das ações da terapia ocupacional: os protagonistas	23
1.5 A dimensão do cuidado	29
2. OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo geral	33
2.2 Objetivos específicos	33
3. PERCURSO METODOLÓGICO	34
3.1 Participantes	36
3.2 Aspectos éticos	37
3.3 Instrumentos para coleta de dados	37
3.4 Local do estudo	37
3.5 Procedimentos metodológicos	38
3.6 Coleta de dados e histórias	39
3.7 Tratamento dos dados	40
3.8 Análise dos dados	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Caracterização dos Participantes	43
4.2 Apresentação das Histórias	43
4.3 Temas, subtemas e categorias	65
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICES	117
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	118
APÊNDICE B - TERMO DE USO DE IMAGEM	120
APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO	121
APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA	122
ANEXOS	124
I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS	125
II- PARECER DO CONEP	136

APRESENTAÇÃO

O CAMINHO SE FAZ AO ANDAR

O campo da pesquisa realmente nos surpreende, mas para chegar até ele, precisei começar meu caminho e desenvolvê-lo no andar...

Ao finalizar a graduação no ano de 2017 tinha muita convicção do meu desejo naquele momento, enxergava na Residência Multiprofissional em Saúde Mental a oportunidade para aprofundar conhecimentos teóricos e práticos num campo que adquiri muita afinidade e afeto, me enxergava exercendo as atividades profissionais no campo da saúde mental. Tal empenho ao desejo tornou-se realidade, por dois anos conheci toda a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS da cidade de Marília-SP, trabalhei com equipe multiprofissional, desenvolvendo muitas atividades de forma interdisciplinar, projetos, grupos, oficinas, reuniões técnicas, alguns atendimentos individuais, aulas e avaliações. Cada vez mais, através dessas experiências vividas, sentidas, eu atribuía sentido à minha escolha pelo campo da saúde mental. Entretanto, para além das muitas memórias de vivências exitosas, há também as dificuldades, os percalços que fazem parte da construção dos nossos caminhos, surgem então inquietações que fui dando contorno a elas com o tempo, até compreender de que lugar elas surgiam.

Deparei-me com um cenário de prática, a enfermaria psiquiátrica de um hospital geral que há alguns anos não tinha um (a) terapeuta ocupacional compondo a equipe, como residente me tornava a única T.O daquela unidade de internação; através da minha atuação e convivência com outros profissionais, questionava sempre o porquê da gestão institucional não abrir processos de contratação; deparei-me com a sugestão de movimentar, fomentar essa discussão para que chegasse até a equipe técnica do hospital, ou seja, era necessário justificar a relevância de ter um (a) terapeuta ocupacional compondo a equipe de trabalho, para assim, esse assunto entrar como pauta. Uma discussão que começou há seis anos e que teve resolução há 3 anos, quando ocorreu contratação de uma terapeuta ocupacional para aquele serviço e unidade específica.

Esse acontecimento, entre outros, que envolveu contato com outras terapeutas ocupacionais e vivência de estágio no CAPS adulto II da mesma cidade, me levaram a questionar sobre a prática do Terapeuta Ocupacional no campo da saúde mental, mais especificamente na RAPS. *Como explicamos o que fazemos? Como a pessoa que acompanhamos compreende o (a) terapeuta ocupacional no processo de intervenção? Como enxergam esse profissional? O que os serviços da rede compreendem da área de atuação do TO nesse campo? O quanto esse entendimento se aproxima ou se distancia do que é a terapia ocupacional? Qual o nosso contorno dentro de um campo que se faz muito junto a outras*

profissões? Essa potência de construção conjunta na saúde mental me encanta, mas porquê me sinto assim? Porque a necessidade de compreender melhor o meu núcleo profissional? Talvez a questão esteja aí, a interdisciplinaridade não apaga a bagagem de cada núcleo profissional, eis então o meu núcleo, será que ele precisa ser melhor explorado nesse campo?

Questionamentos, muitos questionamentos que esperaram ainda mais dois anos para chegarem no campo da pesquisa. Nesse tempo caminhei mais um pouco, pelo terreno da Saúde Coletiva, compreendendo mais do nosso SUS, que foi um desejo que floresceu e ganhou espaço no planejamento da minha rota. Mas, a certeza de que valia a pena dar seguimento às inquietações para elaboração de um projeto de pesquisa se deu após compreender que pesquisar sobre as práticas dos (as) terapeutas ocupacionais no Brasil é relevante para o fortalecimento da profissão no nosso país e que alguns estudos também apontam lacunas.

Nessa caminhada, na atuação com diferentes sujeitos, seja na ala de saúde mental de um hospital, seja no CAPS, vivenciei muitas experiências marcantes no meu processo pessoal e profissional. A escuta ativa permitiu adentrar tantas histórias de vida e sofrimento, a atuação em grupos e atendimentos individuais deixaram tantas memórias. Memórias essas que ficam às vezes um pouco registradas em prontuário e relatórios, outras vezes permanecem somente dentro da gente e do sujeito que foi atendido. Às vezes, indago se que o desenvolvemos em nossa prática se mostra naquilo que ressoa na vida do sujeito, no encontro conosco. Sendo assim, por que não dar visibilidade numa pesquisa sobre essas histórias, sobre a história do encontro de sujeitos com a/o terapeuta ocupacional?

O presente estudo teve a pretensão de investigar a construção de sentido das intervenções de terapeutas ocupacionais, partindo da perspectiva dos sujeitos das ações em saúde da terapia ocupacional no campo da saúde mental. Pretendeu trazer essas narrativas para a cena, acreditando que o sentido de uma prática profissional é construído a partir do sentido que intervenções produzem para os sujeitos nelas envolvidos (ou seja, o sentido se produz no encontro). O estudo buscou compreender como o (a) terapeuta ocupacional se inscreve na vida dessas pessoas, bem como valorizar a perspectiva desses sujeitos sobre os processos que são vivenciados junto à profissão.

O estudo abre a possibilidade de compreender como a terapia ocupacional tem desenvolvido sua prática na atenção psicossocial sob o olhar dos usuários desses serviços, além de compreender como as construções de sentido se dão e como afetam seus processos de subjetivação. Utilizamos os referenciais teóricos da Saúde Coletiva, Filosofia da Diferença e da Terapia Ocupacional para auxiliar na análise e discussão.

A sustentação do meu projeto de pesquisa é voltada para uma ciência crítica e reflexiva, para a construção de conhecimento. Traz para a cena a narrativa do público alvo da terapia

ocupacional do campo da saúde mental.

Em suma, um caminho de investigação que abre espaço para a produção de conhecimento e sustentação da terapia ocupacional. Portanto, este estudo almeja o fortalecimento da terapia ocupacional no campo da saúde mental, visando explorar um caminho que possa trazer elementos para darmos consistência às nossas práticas e saberes nesse campo.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Terapia Ocupacional e a produção de conhecimento

A Terapia Ocupacional é compreendida como um campo de práticas e saberes que foram constituídos ao longo do tempo, para responder às problemáticas de populações que, por razões distintas, sofreram processos de exclusão (Lima, 2003). Nessa perspectiva, a profissão surge a partir de dois processos: de um lado, a partir da ocupação de doentes crônicos em instituições hospitalares, com base em programas laborterápicos; de outro, a partir de ações que visavam a restauração da capacidade funcional de pessoas com problemas físicos em programas de reabilitação. Em ambos os casos, utilizava-se o princípio da ocupação na perspectiva da manutenção e recuperação da capacidade produtiva, de retorno para o trabalho (Lima, 2003).

Para Lima (2019), numa sociedade onde o valor do homem está em sua habilidade de trabalhar, aqueles que não se encaixam nessa delimitação, passam a enquadrar-se a margem da organização social, quadro este, que desde o início da modernidade se anunciava e que fez parte do contexto de surgimento da terapia ocupacional. No século XVIII e início do século XIX vivia-se na Europa as reformas humanitárias, a busca por igualdade entre homens e mulheres e também da mudança do que se entendia loucura para doença mental. É neste contexto o princípio da predileção e exaltação do trabalho, no qual culminou em estratégias disciplinares e foi base para organização de uma nova sociedade, tendo como fundamento a produção capitalista que exigia sujeição do ritmo da vida ao tempo da produção (Lima, 2019).

No campo da psiquiatria, o Tratamento Moral trazia a ocupação como trabalho em sua função corretiva, disciplinar e por contrapor-se ao ócio desorganizador, servia à manutenção e organização do ambiente hospitalar manicomial. Foi neste contexto que a ocupação passou a ter valorização social e a terapia ocupacional consolidou-se no campo da saúde mental (Shimoguri; Costa-Rosa, 2017).

Porém, mesmo com o entendimento social do trabalho como forma de disciplina, a terapia ocupacional não reduz suas ações ao labor e ao adestramento do corpo. Lima (2019) traz que, ao estudar as primeiras práticas de terapia ocupacional no Brasil, é notado que as(os) terapeutas ocupacionais começaram a se organizar e articular com outros campos de saber, sendo eles: artes, psicanálise e antropologia, se afastando, assim, da laborterapia. A profissão foi se constituindo com campo autônomo de saber e práticas com características próprias e criou-se com isso, pensamento crítico com relação à função disciplinadora do trabalho.

No entanto, a autora salienta o fato de ações como as utilizadas nas instituições totais, no que se refere à disciplina, sujeição, coerção física e moral, exploração da força de trabalho, manutenção da instituição e combate ao ócio, como ações justificadas por discursos médicos, psicológicos, terapêuticos e de integração social. Destaca, ainda, que a maior parte das vezes em que isso acontece, não há terapeutas ocupacionais presentes para acionar tal prática e que observa-se no Brasil um plano comum entre muitos terapeutas ocupacionais, pautado numa perspectiva crítica, na preocupação com a garantia de direitos das pessoas atendidas (Lima,2019).

Como afirma Medeiros (2000), não podemos falar de uma única terapia ocupacional, mas de uma terapia ocupacional que tem sido diversa. Para a autora, isto se dá como resultado da diversidade de terapeutas ocupacionais. Neste sentido, para Morrison (2018), a Terapia Ocupacional em muitos momentos do seu desenvolvimento profissional teve não só que responder a outros, mas também a si mesma com relação a sua diversidade de ações, fundamentos e teorias em torno de uma mesma disciplina. Dentre as práticas e produções científicas, o autor expõe paradigmas que nortearam as práticas e produções científicas da terapia ocupacional, tais como: o paradigma mecanicista, em que a terapia ocupacional recorre ao modelo biomédico e é vista como uma disciplina da medicina; o paradigma da ocupação, que surge a partir de discussões principalmente nos Estados Unidos, sustentado no retorno da fundamentação prática profissional centrado na ocupação humana.

O autor destaca o desenvolvimento disciplinar na América Latina como sendo muito variado e ressalta a importância de compreender que o desenvolvimento da profissão varia dependendo de cada região. O autor afirma que há muitos saberes da práxis que ainda estão sendo gestados, sistematizados e reconhecidos e relata a importância de dar oportunidade às teorias diversas que mostram as múltiplas formas de fazer Terapia Ocupacional (Morrison, 2018).

Para Lussi (2020) a ciência moderna que, se firmou sustentada pelo capitalismo, colonialismo e patriarcado, desperdiçou conhecimentos produzidos em outros contextos advindos da prática e da experiência. Para Reis (2020), apesar do fim do domínio colonial, a independência política dos territórios dominados pelas metrópoles europeias, ainda há consequências advindas do colonialismo nos domínios ontológico e epistêmico. Quijano (2005) aponta a colonialidade como um dos elementos que constituem o padrão mundial do poder capitalista, norteadas por relações racistas de dominação, assegurando a supremacia dos corpos brancos e definindo os regimes de produção e difusão dos conhecimentos que são legítimos, válidos e socialmente valorizados.

Para Quijano (2005) a globalização é a culminação de um processo que teve início com a constituição da América e do capitalismo colonial/moderno e eurocentrado como um padrão novo de poder mundial. Um dos eixos principais dessa padronização do poder é a classificação social da população mundial que: “[...] de acordo com a ideia de raça, uma construção mental que expressa a experiência básica da dominação colonial e que desde então permeia as dimensões mais importantes do poder mundial, incluindo sua racionalidade específica, o eurocentrismo” (p.117).

Para Lussi (2020) a terapia ocupacional dos países do Sul se desenvolveu a partir da prática com pessoas marginalizadas, invisibilizadas e distantes dos processos de emancipação social. A autora infere que uma teoria de rompimento com os processos de exclusão pode contribuir com a Terapia Ocupacional do Sul.

Nesse sentido, a autora considera que as identificações entre as terapias ocupacionais do Sul diferenciam-se da identidade incorporada no início da profissão proveniente dos países do norte e ainda questiona sobre a existência ou não do reconhecimento do conhecimento produzido pelas diferentes terapias ocupacionais existentes no mundo (Lussi,2020).

Albuquerque *et al.*,(2021) ressaltam que os saberes produzidos de forma independente perderam visibilidade diante dos padrões científicos, entretanto movimentações sociais ajudaram historicamente para mudanças na produção nacional da profissão. A comunicação entre distintos espaços de produção constitui redes de conhecimentos e sentidos compartilhados em terapia ocupacional.

Em relação à construção de conhecimento em Terapia Ocupacional no Brasil, é importante considerar formas de produção de conhecimento que consigam estudar essa prática. Ao tratar de reflexividade epistemológica, Kinsella e Whiteford (2009) apontam para possibilidade de questionarmos e para refletirmos criticamente sobre um determinado conhecimento que é construído e aceito, abrindo espaço para outras considerações e indagações que são relevantes de serem feitas, tendo como base outras fontes de conhecimento. Para a construção de conhecimento em Terapia Ocupacional no Brasil, há uma pluralidade epistemológica que nos ajuda a reconhecer, investigar e preencher lacunas que faltam para criarmos um “vocabulário comum” e ao mesmo tempo dizer das diferentes práticas da terapia ocupacional, no caminho a explicar o “porquê e como se faz?” terapia ocupacional em saúde mental.

Desde a década de 1990, com o processo de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica brasileira, há uma busca da terapia ocupacional pela reflexão crítica sobre a utilização do termo atividade (Constantinidis; Cunha, 2017). A relação entre o termo

“ocupação” com “atividades”, eram utilizadas para “ocupar o tempo” dentro da instituição, sem exigências de significado ou da expressão das subjetividades dos sujeitos (Salles; Matsukura, 2017).

O debate sobre a atividade na terapia ocupacional, no Brasil, acontece desde a década de 1990, tendo como marco o artigo “O mito da atividade terapêutica” (Nascimento, 1990). Neste ensaio, a autora explora a “atividade” e defende a ideia de que as atividades não possuem potencial terapêutico pré-determinado pelo profissional, aponta que para além dos aspectos subjetivos envolvidos na interrelação entre o sujeito, atividade e terapeuta, há de se considerar esse sujeito em sua vida/ação prática na instituição e fora dela.

Nascimento (1990) já afirmava a importância da ação técnica e política da(o) terapeuta ocupacional, enfrentando diretamente a complexidade dos problemas apresentados e os limites existentes e, por vezes, impostos aos sujeitos que atendemos. Para a autora, uma das ações seria descobrir caminhos possíveis visando a garantia de direitos, considerando quem é atendido como sujeito da própria história e participante do seu destino. Além disso, alertava de forma crítica sobre a influência das instituições nas práticas realizadas, questionando a origem da demanda – se esta seria oriunda do sujeito ou da instituição – e a partir daí, como a terapia ocupacional se configura nesse lugar.

Atualmente, a terapia ocupacional tem firmado um compromisso ético-político com a população alvo de suas ações, pois a emancipação da prática da(o) terapeuta ocupacional só pode se dar em conexão com a emancipação dessas pessoas (Lima, 2003). Assim, na contemporaneidade há novas formas de se fazer terapia ocupacional, as quais apresentam-se contrárias à lógica disciplinar, na medida em que produzem caminhos de intervenção que apontam para direção oposta, ou seja, afirmando o direito à diferença e valorizando as formas de existência nas mais singulares e diferentes situações (Lima, 2003).

1.2 A terapia ocupacional, a saúde mental e o núcleo profissional

Ao adentrarmos o campo da saúde mental tem-se, com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, um movimento para a construção da Política Nacional de Saúde Mental no país, com uma proposição ética com relação ao cuidado em saúde neste campo. Nesse contexto de luta por direitos, há terapeutas ocupacionais junto ao movimento de trabalhadores de saúde mental, usuários e seus familiares. Estes profissionais encontraram novos desafios, à medida que o cuidado passou a ser reconhecido como uma prática a ser realizada nos reais contextos de vida

dos sujeitos, ou seja, fora das instituições totais (Brunello *et al.* 2001; Lima, 2003; Medeiros, 1994).

No Brasil, as políticas de saúde mental em consonância com o Modelo de Atenção Psicossocial priorizam o cuidado em liberdade, no território, acontecendo em rede, afirmando a garantia de direitos e exercício da cidadania às pessoas com sofrimento psíquico (Morato, 2019; Yasui, 2010). Território este, como diz Yasui (2010) “[...] entendido não apenas como configuração de um espaço geográfico, mas refere-se às forças vivas de uma dada comunidade, com sua cultura, seus problemas, suas prioridades e potencialidades locais” (p.102).

Nessa perspectiva, tem-se um aprofundamento e reconhecimento do trabalho interdisciplinar em saúde mental como de suma importância para construção do cuidado dos sujeitos. Para Lima e Guirardi (2008) trabalhar em saúde mental implica fazer parte de equipes que compreendam a complexidade do sofrimento psíquico vivido pelos sujeitos e a necessidade de evitar a lógica disciplinar que sustenta práticas conservadoras de controle social. Ainda segundo as autoras, ao enfrentar essa complexidade intrínseca do sofrimento, é necessário buscar novas formas de organizar, sintetizar e superar a produção disciplinar de conhecimento, voltado para o campo da interdisciplinaridade.

No campo da saúde mental, temos, então, a (o) terapeuta ocupacional compondo, através dos conhecimentos teóricos e práticos de seu núcleo, a equipe multiprofissional. Nesse sentido, o diálogo, a troca, a construção com outros núcleos profissionais se faz necessária e a interdisciplinaridade torna-se pertinente para pensarmos o cuidado sob a perspectiva colocada acima. A interdisciplinaridade assume sua importância na proposta da ação integral ao sujeito em sofrimento psíquico e a possibilidade de mediação dos saberes de diferentes profissionais da saúde mental (Constantinidis; Cunha, 2017).

Neste sentido, para a(o) profissional, a atuação na produção de cuidado em saúde mental se dá em duas dimensões: no campo da saúde mental e no núcleo de competência profissional. Segundo Campos (2000), “campo” seria um espaço com limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscaria apoio para cumprir tarefas que seriam teóricas e práticas; já o “núcleo” seria a aglutinação de saberes e práticas, o que demarcaria a identidade de uma área de saber e prática profissional.

É importante destacar que, ao trazer para a discussão o núcleo profissional, não se pretende uniformização ou homogeneização de práticas, métodos e teorias de uma profissão. Além disso, falamos em identidade em construção, em uma conotação dinâmica, acolhendo as diferenças e multiplicidade. Concordamos com Morin (2001) para quem “identidade plenamente unificada, completa, segura e coerente é uma fantasia [...] A unidade, mestiçagem

e a diversidade devem-se desenvolver contra a homogeneização e o fechamento” (Morin, 2001, p.78)

No entanto, a inscrição da terapia ocupacional no campo da saúde mental depende também da consistência da reprodução de suas práticas e saberes, da reflexão crítica e a análise das práticas nos serviços. Galheigo, já em 1999 trazia que o impasse de terapeutas ocupacionais não se encontra na dificuldade de abertura para novos olhares, na troca de saberes com outras profissões, mas está em afirmar o contorno na nossa disciplina.

No trabalho de Marcolino *et al.* (2019), as autoras buscam dialogar com a construção conceitual em Terapia Ocupacional, expondo dilemas da prática trazidos por terapeutas ocupacionais iniciantes que trabalham no campo da saúde mental e que fazem parte de uma Comunidade de Prática. Ao compartilharem suas experiências, um dos primeiros dilemas foi o uso das atividades; a discussão delineou-se em encontrar a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional, devido questionamentos em cenários cotidianos que envolve: na relação com profissionais de outros núcleos também fazerem uso de atividades em seu trabalho; a compreensão de outros profissionais sobre a prática do(a) terapeuta ocupacional.

Entretanto, como apontam Constantinidis e Cunha (2017), o uso das atividades no campo da saúde mental não é exclusivo da terapia ocupacional, mas um recurso de extrema valia à clínica da atenção psicossocial. As atividades estão incluídas nos projetos terapêuticos dos usuários, estão entre as principais tecnologias de cuidado em saúde mental visam a reestruturação da autonomia além de possibilitar maior participação social da pessoa com sofrimento psíquico na comunidade (Constantinidis *et al.*, 2018). Nessas estratégias, a intervenção por meio das atividades compete a todos os profissionais, não só ao terapeuta ocupacional.

De forma geral, as(os) terapeutas ocupacionais voltaram suas ações para o cotidiano dos sujeitos e para a construção de possibilidades de vida (Brunello *et al.* 2001; Lima, 2003). Novos sentidos são dados às atividades, que passam a ser valorizadas como elemento articulador entre sujeito e sua comunidade. Albuquerque (*et al.* 2021) apontam que o desafio em compreender o campo da terapia ocupacional está em conhecer, investir e questionar seus fundamentos, bases, concepções e diálogos que estão em evidência na contemporaneidade.

1.3 Terapia ocupacional e a prática

Em relação à prática de Terapia Ocupacional na saúde mental, compreende-se que se trata de natureza subjetiva e interdisciplinar. Por isso, nomear ações profissionais e delimitar o que é específico torna-se um desafio (Marcolino *et al.* 2017).

Mesmo não sendo do campo da saúde mental especificamente, o estudo de Demonari *et al.* (2022) traz contribuições para reflexão sobre a prática em terapia ocupacional. Em pesquisa realizada no campo da Atenção Primária a Saúde (APS) no estado de São Paulo, as autoras propuseram apresentar o processo de análise de uma ferramenta reflexiva, construída de forma colaborativa entre pesquisadoras e profissionais, indicando sua aplicabilidade para melhorar a identificação do núcleo profissional em terapia ocupacional.

Esta ferramenta foi desenvolvida para sustentar o raciocínio clínico da(o) terapeuta ocupacional, favorecendo a reflexão sobre como faz, como compreende o caso, as informações necessárias e os caminhos para a prática. As autoras destacam que os caminhos produzidos na prática da terapia ocupacional são frutos das relações, do tensionamento de diferentes perspectivas decorrentes das pessoas envolvidas na relação e das formas diversas do fazer, inerentes à vida das pessoas. Entende-se, assim, que a reflexão sobre a prática se torna uma das habilidades mais valorizadas para desenvolvimento profissional, pois possibilita ao profissional adquirir consciência sobre os aspectos tácitos, complexos e também incertos que são característicos da prática e conseqüentemente transformará suas ações (Demonari *et al.*, 2022).

Para Rodgers (2002), a prática do terapeuta ocupacional é sustentada por conhecimento implícito, advindo de crenças, conhecimentos e valores que estão presentes no processo de trabalho e requer dele o envolvimento num processo de reflexão sobre a ação. Essa reflexão torna um processo de fazer-significar, que conduz a pessoa de uma experiência para outra, favorecendo maior compreensão das relações que se estabelecem com outras experiências e ideias, redefinindo novos sentidos e promovendo novos conhecimentos (Marcolino *et al.*, 2017).

Para Arntzen (2018) não é o terapeuta quem está no controle, definindo princípios gerais para o tratamento, de forma linear e unidirecional. No estudo em que explora a perspectiva fenomenológica do raciocínio clínico da terapia ocupacional inspirada na filosofia de Merleau-Ponty, a autora defende que a resposta do sujeito ao acompanhamento não é preestabelecida. Considera as habilidades, capacidades e potenciais a serem construídos por movimento ativo de ambos os corpos, da(o) terapeuta e do sujeito atendido, ou seja, uma abordagem com atuação compartilhada (Arntzen, 2018).

Nessa direção, ao pesquisar sobre a prática do terapeuta ocupacional, Mello (2019) realizou um estudo teórico, exploratório e de revisão de literatura para compreender como a construção de sentidos vem sendo abordada nas intervenções em terapia ocupacional. Em estudo teórico, buscou tecer diálogos entre a autora do Método de Terapia Ocupacional Dinâmica, Jô Benetton e a autora da *Occupational Perspective of Health*, Ann Wilcock. A autora identificou que a construção de sentidos apareceu como elemento-chave para o processo terapêutico em terapia ocupacional (Mello, 2019). Tal diálogo buscou abordar tanto o modo de produção de conhecimento de ambas autoras como o que cada uma destaca como elementos essenciais para entender e discutir o que é significativo e a construção de sentidos para terapia ocupacional (Mello *et al.* 2020).

Mesmo com perspectivas diferentes, o que é significativo está ligado ao conceito de saúde que cada uma das autoras propõe, Wilcock aborda a ocupação significativa, em oposição à disfunção ocupacional; Benetton se fundamenta na saúde qualificada do que ela chama de sujeito alvo das intervenções em terapia ocupacional, no que lhe traz bem estar e ajuda-o a agir no mundo, tendo como objeto de estudo a prática da terapia ocupacional (Mello; *et al.*, 2020).

Entende-se que a construção de sentido está presente tanto no raciocínio clínico, que é narrativo e busca pela compreensão dos sentidos do outro, como dos sentidos também a serem construídos com os sujeitos das intervenções, na construção de uma história na qual eles se tornem mais ativos em suas vidas (Crabtree, 1998; Chapparo; Ranka, 2008). A partir disso, verificamos que a prática em terapia ocupacional tem sido discutida além da atuação estritamente técnica e que considera o sujeito das ações no processo de produção de cuidado. Campos (2011), autor da saúde coletiva, propõe que ao pensarmos as mediações entre conhecimento e prática, consideremos outras racionalidades, além da tecnológica, que é a mais comum no cuidado em saúde. A racionalidade técnica seria um trabalho baseado num saber científico, uma prática tecnológica realizada com base em evidências comprovadas pela ciência, com caráter estritamente técnico do trabalho em saúde. Nessa modalidade de mediação, a autonomia do trabalhador não é necessária, já que não estariam obrigados à reflexão ou a ter que tomar decisões.

Assim, o autor propõe outros tipos de racionalidade: a racionalidade da práxis e a racionalidade da arte. A racionalidade das práxis irá envolver o conhecimento acumulado, porém o profissional deverá modificar a aplicação da lei quando necessário, fazer o que era padrão variar em função das características singulares dos casos atendidos, ou seja, para além de saber as normas, os padrões, é necessária a capacidade de reflexão, de criar novos procedimentos em ato. A racionalidade da práxis exige domínio sobre o conhecimento

cognitivo, subjetivo e político. Segundo Campos (2011): “Mais do que apenas escutar, implica na arte de compartilhar decisões durante a prática” (p.3037).

Já na racionalidade da arte, predomina-se a invenção, a criatividade e a busca por originalidade; o talento e intuição ganham lugar nessa racionalidade, mesmo diante de restrições éticas que possam existir, há casos e contextos nos quais esse estilo de prática na saúde é utilizado. O autor ainda coloca que, na maior parte dos contextos, a gestão e o trabalho em saúde necessitam ser pensados como uma práxis (Campos,2011).

Diante disso, destaca-se a importância de refletir sobre a prática da terapia ocupacional em saúde mental. Em concordância com Marcolino *et al.* (2019) defende-se a importância do estudo da prática, da sua multiplicidade, que possa trazer clareza e sustentação para pensar a terapia ocupacional, colaborando para elucidação da singularidade profissional mais delimitada ou mais aberta e complexa. Neste sentido, o presente estudo procura trazer elementos que contribuam para o delineamento da prática da terapia ocupacional em saúde mental, bem como para o contorno de seu núcleo profissional.

1.4 O sujeito das ações da terapia ocupacional: os protagonistas

Neste estudo é considerado sujeito aquele cuja subjetividade é constituída no cruzamento de múltiplos vetores do tecido social, seja o meio familiar, profissional e econômico, por exemplo (Constantinidis, 2011). Compreendendo o sujeito como quem se constitui num processo, no contato com os acontecimentos, ou seja, nos diferentes encontros vividos com o outro, exercitando a diferenciação de si mesmo e daqueles que o cercam, e nessa direção cabendo as diferentes formas de viver os encontros (Mansano, 2009). A depender dos efeitos produzidos nesses encontros, o sujeito é levado a questionar e produzir sentidos àquela experiência, que não foi premeditada, consultada. Assim, desequilibra-se o modo de viver que até então era conhecido, gerando os estranhamentos, incômodos, angústias e a vida se desenrola nessa complexidade de vetores que fluem constantemente os dados e acontecimentos (Mansano, 2009). Assim, experiencia-se diferentes modos de viver a partir de como somos afetados por esses encontros que nos atravessam.

Para Deleuze (2001) o sujeito não é uma unidade pronta, o sujeito se define por e como movimento. Seria, então, através do contato com diferentes forças, que o sujeito sofrendo as ações desse contato, poderia ir significando-as e atribuindo sentido ao vivido. Nessa perspectiva, “[...] sujeito só pode ser analisado a partir de uma processualidade, de um vir a ser que não se estabiliza de maneira definitiva” (Mansano, 2009, p.115).

Nesse sentido, o conceito de subjetividade não vai se limitar a um único modo de ser, mas a subjetividade será habitada por meios variáveis de forças e fluxos, como meio familiar, profissional, sexual, econômico, político, cultural, etc. Esse campo representa diferentes possibilidades de combinações, a depender de como essas forças se chocam e afetam o sujeito, uma dinâmica processual que repercutirá em modos de existência, que desenhará determinadas figuras de subjetividade (Constantinidis, 2011; Rolnik, 1997). Compreende-se até aqui que a concepção de sujeito e subjetividade não é estática, única, imutável, mas é produzida em uma dinâmica que é variável, devido às inúmeras combinações de forças e fluxos, de modos de existência.

Rolnik (1997), utiliza a metáfora da pele – tecido vivo, móvel, poroso, permeável – para expor a relação indissociável do dentro e do fora na formação da subjetividade. Provocada por vários fluxos, a pele se dobra e se desdobra, desmanchando-se e se transformando em novas dobras. A pele, portanto, não possui um perfil fixo, mas um perfil de subjetividade provisória. “[...] um perfil se dilui, enquanto outro se esboça. O que fica claro é que cada modo de existência é uma dobra da pele que delinea o perfil de uma determinada figura da subjetividade” (Rolnik, 1997, p.2).

A chave que nos ajuda a abrir a porta, a compreender como estamos olhando para esses sujeitos participantes da pesquisa, pessoas em sofrimento psíquico grave, é compreender que existem diferentes modos de existir e que outras dobras podem ser construídas, desfeitas e novas dobras surgem ao longo do tempo. O interesse está em perceber que os fluxos entram/entrarão na composição desta pele, no processo de subjetivação destes sujeitos, desfazendo dualismos e polaridades do dentro/fora e indivíduo/social.

Para Guattari e Rolnik (2005), a subjetividade “é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares” (p.42). Para os autores, existem duas formas de viver o processo de subjetivação: a forma em que é desenvolvida uma relação de alienação e opressão, em que o sujeito se submete à subjetividade da forma que a recebe; a forma em que a relação se dá por meio de expressão e criação em que o sujeito se reapropria dos componentes da subjetivação, produzindo a singularização.

O indivíduo, sendo assim, nessa relação de forças do meio em que se vive, localizado num tempo e numa história, não é o único que determina a subjetividade. O indivíduo situa-se no entrecruzamento desses múltiplos vetores, a subjetividade acaba sendo modelada não apenas por processos no indivíduo, mas também por processos coletivos e sociais que o atravessam (Constantinidis, 2011).

Como discutido anteriormente neste estudo, as práticas de terapeutas ocupacionais foram desenvolvidas, constituídas para responder às problemáticas de populações que de alguma forma, por diferentes razões, sofreram processo de exclusão (Lima, 2003). Nesse sentido, cabe explorarmos quem é o sujeito das ações da terapia ocupacional em saúde mental, em que condições e com que características se organizam o campo de experiência dessas pessoas no contexto da atenção psicossocial, das políticas de saúde mental no Brasil, na atualidade.

A Reforma Psiquiátrica caracteriza-se pela cisão em relação à racionalidade psiquiátrica, ou seja, o sofrimento humano não será considerado objeto simples da doença mental, e sim passará a ser considerado em sua complexidade, em diálogo com diferentes disciplinas que cuidam desse sofrimento, construindo uma nova maneira de olhar, de escutar e de cuidar (Yasui, 2010). A partir da proposta de Franco Basaglia, em colocar a doença entre parênteses para que fosse possível evidenciar e se ocupar do sujeito em sua experiência, nos deparamos com o sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, projetos, anseios.

Tal proposta proporciona uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial (Amarante, 2007). Segundo Yasui (2010), o campo da saúde mental tratará essencialmente do humano nos lançando frente a frente com a complexidade do existir, com a dor em diferentes dimensões, com nossos limites e potencialidades como agentes do cuidado e da produção de conhecimento.

A Portaria nº 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) traz a cidadania como mote orientador de seus serviços. O trabalho em rede deve garantir que a pessoa em sofrimento psíquico seja inserida socialmente como um cidadão, com direitos e deveres garantidos pelo Estado. O protagonismo dos sujeitos em sofrimento psíquico e dos trabalhadores comprometidos com a afirmação de um novo jeito de fazer saúde, demarca a reorientação da nova ação política e institucional com objetivo de superar o modelo de atenção à saúde mental centrado no manicômio (Fonseca; Jaeger, 2015).

No entanto, os sujeitos em sofrimento psíquico atravessam ainda um “engavetamento” no tecido social, ainda são colocados à margem. A RAPS, com os serviços substitutivos e ações que fomentam espaços de relações sociais, inserção social pelo trabalho, com a lógica de cuidado em liberdade, no território, o incentivo à transformação de mentalidades, hábitos e costumes intolerantes em relação ao diferente, buscam compor uma ética e respeito à diferença. Transformar a relação da sociedade com a loucura é convidar essa sociedade a refletir e provocá-la a transformar sua relação com a diferença (Yasui, 2010).

Para Lima (2003), a tendência é colocarmos em uma mesma gaveta pessoas que portam os mesmos traços, “apenas um traço entre tantos que compõem uma existência, homogeneizando-o e despotencializando-o” (p.67). Desse modo, segundo a autora, acabamos por enxergar a passagem da singularidade, com as infinitas maneiras de existir para um só e para um mesmo quadro de referências identificáveis. Para a autora, estamos em meio a uma guerra entre propagação de diferenças, como a nos dizer que há infinitas formas de ser e uma crescente e poderosa força de homogeneização que tenta se estabelecer na base de um único modo de existência (Lima,2003).

Neste estudo, procuramos compreender os sujeitos em suas mais singulares formas de existir, nos diferentes vetores que os compõem e que serão de extrema relevância para construção de conhecimento em Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. Assim, abrimos espaço para visibilidade de sua fala, para a sua história de vida na composição desse trabalho. Espera-se, por meio das histórias de vida desses sujeitos, conseguir captar a participação da terapia ocupacional no processo de cuidado.

Mello *et al.* (2021) ao realizarem um a revisão de escopo para identificar aspectos essenciais para a construção de sentido em intervenções de terapia ocupacional, encontraram muitos artigos com estudos qualitativos que abordam muitas populações, serviços e campos de práticas que priorizam a reflexão sobre a experiência vivida. Há ainda a necessidade de pesquisas, segundo as autoras, sobre a construção de sentidos em intervenções de terapia ocupacional incluindo participantes de uma gama mais diversa de culturas, assim como pesquisas que elucidam as estratégias geralmente utilizadas por terapeutas ocupacionais para promover processos de construção de sentidos (Mello *et al.*, 2021).

Javadzadeh *et al.* (2024) afirmam-que a terapia ocupacional tem utilizado, de diferentes maneiras, as abordagens participativas, mas pouco se sabe no que se refere ao âmbito das investigações participativas realizada com pessoas em sofrimento psíquico, no campo da saúde mental. Reconheceram como inexistentes pesquisas de revisões sistemáticas ou de escopo conduzidas para reconhecer esse cenário, diferente de outras revisões que envolvem pesquisa participativa e saúde em outras disciplinas.

A abordagem participativa inclui reconhecimento de pessoas com experiências vividas e vivas como colaboradores de pesquisa. Estas pessoas são participantes ativas em todas as fases da pesquisa, incluindo a definição do problema a ser considerado e estudado, coleta de dados, interpretação e divulgação dos resultados. Uma das principais diferenças com relação a outras abordagens é justamente essa colaboração ativa na formulação de questões de pesquisa e há um reconhecimento das pessoas com experiências como coautoras do trabalho (Balcázar,2006).

Como será apresentado adiante, apesar deste trabalho não se configurar como uma pesquisa com metodologia participativa – justamente por não seguir os critérios para tal – os objetivos, método de coleta de dados escolhido e a forma como se aborda e considera os sujeitos participantes, de certa forma, vão ao encontro de ideias trazidas no trabalho de Javadizadeh *et al.* (2024) sobre pesquisa participativa. Em pesquisa de revisão escopo, os autores citam que no processo de investigação, tanto terapeutas ocupacionais como pessoas em sofrimento psíquico que participam têm a aprender; há o envolvimento de todas as partes para alcançar um propósito que é partilhado.

Os resultados obtidos na referida revisão, citam a experiência de colaborar com as pesquisas participativas resultando em sentimento de empoderamento, fortalecimento aos participantes. O compartilhamento do poder, também foi trazido como dado no qual, os papéis tradicionais de “paciente” versus “profissional” são divididos. Os artigos da revisão também apontaram que as abordagens participativas possibilitam que os sujeitos que vivem o sofrimento psíquico expressem o que realmente importa para eles, para elaborar conhecimento relevante e significativo.

Em adição ao processo da pesquisa conforme discutido, é importante destacar que, neste estudo, referencia-se um cuidado que considera o protagonismo dos sujeitos e suas singularidades, ou seja, almeja-se a produção de subjetividades autônomas, ao contrário da passividade diante dos processos de intervenção (Benevides; Passos, 2003). Isto nos traz a discussão sobre o sujeito das ações de saúde. Para Campos (2000), saberes e práticas que se apoiam no positivismo reforçam os sujeitos a uma condição de mero receptor das intervenções.

Em outra perspectiva, Ayres (2007) destaca o sujeito na composição da relação de cuidado. Para o autor, a instrumentalidade, a técnica do profissional, não é suprimida, mas também não é suprimida a presença subjetiva de qualquer um dos lados da relação. O objeto do cuidado nesse caso é o que se constrói com esses sujeitos, que também são portadores de experiências e saberes diversos, cada um com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, ou seja, os usuários/populações e profissionais/serviços, ambos são sujeitos das ações de saúde que se dá no encontro. Quanto mais o cuidado se aproxima da experiência do encontro, de trocas dialógicas verdadeiras, dando lugar a intersubjetividade nessa relação, mais se afasta da atuação profissional mecânica e unidirecional de saberes instrumentais (Ayres, 2007).

Portanto, para Ayres (2001), o cuidar da saúde de alguém é para além de construir um objeto e intervir sobre ele. O cuidar envolverá considerar e construir projetos de felicidade:

Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (AYRES, 2001, p.71).

O autor expressa que “projeto de felicidade” se refere à totalidade, ao sentido concreto das demandas colocadas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações, os sujeitos, dessa forma, sujeitos das ações de saúde. A noção de projeto envolve a compreensão da situação existencial humana que se constrói a partir de diversas condições pré-determinadas e determinantes da vida humana, desde as heranças genéticas até as culturais (Ayres, 2001). Construir esses projetos é trazer esses sujeitos para junto do cuidado, considerando sua história, seus atravessamentos, seus desejos, sua subjetividade.

A autonomia, a emancipação e participação social dos sujeitos correlacionam-se com terapia ocupacional em saúde mental (Ribeiro; Machado, 2008; Silva; Araújo, 2013; Lussi, 2020). Nessa perspectiva, rumo à elaboração da pergunta desta pesquisa, aponta-se a necessidade de compreender melhor a prática da terapia ocupacional no campo da saúde mental junto a esses sujeitos das ações de saúde; identificar a partir da narrativa deles como a terapeuta ocupacional se inscreve na vida dessas pessoas, bem como valorizar a perspectiva desses sujeitos sobre os processos que são vivenciados junto à profissão.

Para este trabalho, entende-se que o objeto da pesquisa é a experiência dos usuários com a terapia ocupacional, na perspectiva dos sujeitos de suas ações. A terapia ocupacional referida, desenvolvida no campo da saúde mental, tomando como base de conhecimento os princípios do modo de Atenção Psicossocial. Tendo os sujeitos das ações como constituintes do objeto da pesquisa, é importante compreender a quais sujeitos estamos nos referindo. Tomaremos como base para esse trabalho, a compreensão de sujeito e modos de subjetivação.

O estudo possui a pretensão de refletir sobre as intervenções de terapeutas ocupacionais partindo de um outro ponto, na perspectiva daquele, no qual as(os) terapeutas ocupacionais almejam que sejam protagonistas, que possam ser e exercer sua cidadania, ou seja, traz para a cena a narrativa dos sujeitos das ações em saúde da terapia ocupacional no campo da saúde mental. Assim, abre-se a possibilidade de compreender como a terapia ocupacional tem desenvolvido sua prática na atenção psicossocial sob o olhar das pessoas que utilizam esses serviços.

O estudo busca contribuir também com o fortalecimento da terapia ocupacional, à medida que se acredita que o sentido de uma prática profissional é construído a partir da captura do significado das intervenções para os sujeitos. Podemos também acrescentar que a inscrição da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental depende também da consistência da reprodução de suas práticas e saberes. A intenção, como Mângia (1998) traz, é dar lugar para construção de campos de legitimidade, a partir de estudos e pesquisas pontuais, que possam demonstrar a pluralidade de possibilidades.

1.5 A dimensão do cuidado

A base deste trabalho traz o lugar dos sujeitos implicados na relação de cuidado que acontece a partir do encontro entre terapeuta ocupacional e o sujeito das ações. Assim, pretendemos adentrar o núcleo da terapia ocupacional na saúde mental compreendendo que há um encontro entre este profissional da saúde e sujeito que procura atenção e cuidado. Encontro em que, em seus desdobramentos, algo se produz.

O encontro que move desejos e afetos que permeia as relações, mais especificamente nesse contexto do campo da saúde, do cuidado em saúde mental, pode ser compreendido segundo a ótica espinosana. Para Espinosa (1677- 2007), quando um corpo se encontra com outro corpo, uma ideia com outra ideia acontecem e se compõem dessa relação para formar um todo mais potente (Deleuze, 2002). O encontro então, para Espinosa, é compreendido como a capacidade de afetarmos e sermos afetados por outros seres. Assim, o encontro com o outro pode resultar na composição de algo, no aumento da potência de agir ou, pelo contrário, resultar na destruição, na decomposição e diminuição dessa potência. A variação na potência de agir constituída pelo afeto compõe dois polos antagônicos que, para Espinosa, são as paixões fundamentais: a tristeza e a alegria. A diminuição da potência de agir, por um lado, está relacionada à tristeza e, por outro lado, a alegria é a paixão que envolve o aumento da potência de agir. No bom encontro tem-se aumento de potência de agir de cada um dos atores, dos corpos nessa relação, podendo ocorrer união de forças, aumentando as possibilidades de ação desses sujeitos enquanto que um mau encontro refletiria na diminuição dessa potência.

Trazendo para a discussão a relação entre profissionais e sujeitos das ações de atenção e cuidado em saúde, entendemos que o encontro entre estes sujeitos pode resultar em alegria, no aumento de potência de agir entre ambos os atores da relação ou, ao contrário, pode gerar tristeza, com decomposição e diminuição da potência de agir, gerando tristeza em todos os

envolvidos. Daí a impotência, a frustração, o desamparo e a adaptação passiva a essa realidade que se reflete na banalização das práticas de cuidado.

Neste sentido, achamos oportuna a afirmação de Espinosa, no Tratado Político (1677/1994): “Se duas pessoas concordam entre si e unem suas forças, terão maior poder conjuntamente e, conseqüentemente, um direito sobre a Natureza que cada uma delas não possui sozinha” (p.35).

Merhy (2003) nos traz que em qualquer abordagem da assistência de um trabalhador de saúde junto a um usuário se produz, através de um trabalho vivo em ato, um processo de relações, ou seja, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, regidas por um jogo de expectativas e produções. Para o autor, este encontro se dá em um espaço de criação intersubjetiva de momentos interessantes, que ele nomeia como momentos de falas, escutas e interpretações. Neste encontro há concepção ou não das intenções que as pessoas colocam ali, além de momentos de cumplicidade – em que se produz uma responsabilização em torno de um problema enfrentado momentos de confiabilidade e esperanças, que podem produzir relações de vínculo e aceitação.

Teixeira (2003) também aponta que, nos serviços de saúde, o foco está claramente colocado nessa relação, no encontro trabalhador-usuário e que a busca pela integração, além de promover vínculo/responsabilização, visa efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário. O autor destaca a dimensão da comunicação que permeia esse encontro trabalhador-usuário e a importância da materialidade do encontro no trabalho em saúde.

Destaca o acolhimento como dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde. Neste encontro a conversa é reconhecida como substância a ser trabalhada conjuntamente por trabalhadores e usuários dos serviços de atenção à saúde no sentido de elucidar e de reconhecer a necessidade e, portanto, “um diálogo orientado pela busca de uma maior “ciência” das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las” (Teixeira,2003, p.12).

Assim, para Teixeira (2003) este dispositivo é onipresente em todos os pontos da rede e os encontros são pautados pelo espírito de entendimento e negociação incessante das necessidades a serem sanadas, cuidadas. Nesses encontros se decide a trajetória necessária de cada usuário através do serviço. Esse dispositivo comunicacional é muito presente e vivo no campo da saúde mental. A abertura para se afetar pelo encontro, a escuta atenta e interessada, o gesto e forma de conversar podem dizer e mudar o rumo de como o processo de cuidado acontecerá.

Nesta mesma direção, Ayres (2001) destaca a dimensão transformadora do encontro para ambos os sujeitos, componentes da relação, a contínua reconstrução de identidades – que não são fixas e nem predeterminadas. O autor propõe o foco na intersubjetividade, no “caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (Ayres, 2001, p.65).

Ayres (2001) aponta que partindo do plano da intersubjetividade, há historicamente, no campo da saúde, marcas de intervenções regidas por certo exercício do poder-saber técnico, cujo principal efeito está na produção de outro objeto de intervenção e não sujeito de relação. Esse outro objeto – que pode ser comunidade, “paciente”, família, etc. – acaba sendo desprovido de singularidade, desejo, saber e história.

Para o autor, a subjetividade não é mesmice, é sempre relação, é intersubjetividade e o sentido existencial dessa relação no campo da saúde é configurado como um encontro desejante com circunstâncias. E o que move esse encontro desejante dos sujeitos e seu mundo não se resume ao modo restrito de êxito técnico do profissional, mas refere-se a um sucesso, que se traduz por felicidade, que reúne também dimensões éticas e estéticas.

Nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde (...). Sem nos dedicarmos conseqüentemente a esta reflexão, ficamos condenados à negatividade da doença para definir saúde, e ao conhecimento de suas regularidades para saber como controlá-las (Ayres,2001,p.69).

Para Ayres (2001) há necessidade de se fazer um deslocamento em nossas concepções de atuação no campo da saúde; de uma transformação no agir que se afaste da referência da intervenção e o aproxime da noção de cuidado. Nessa perspectiva, o cuidar da saúde de alguém transpassa construir um objeto e intervir sobre ele, há que se considerar nisso e construir projetos de felicidade.

O autor destaca que é importante lembrar que para a humanização é essencial a permeabilidade do técnico e do não técnico, o diálogo entre essas duas dimensões. Diálogo este que deve ser considerado na ética dos profissionais, na gestão dos serviços, na formulação de políticas públicas. A humanização busca transformar as ações assistenciais; por isso o Cuidado foi denominado nessa conformação humanizada do ato assistencial, diferenciando-se de outras que não buscam essa abertura (Ayres,2004).

E é desse caráter relacional que se busca na história de cada sujeito participante da pesquisa, adentrar ao que se tem conseguido produzir de cuidado. Interessa-nos

particularmente, nesta pesquisa, a produção de cuidado da terapia ocupacional, identificar aspectos mais direcionados à atuação da(o) terapeuta ocupacional a partir desse encontro.

Tratando-se do campo da saúde mental, situações complexas e emergenciais são presentes no cotidiano dos serviços de saúde destinados ao cuidado em saúde mental, os profissionais da saúde se deparam com cenas até cotidianas em que usuários expressam o sofrimento intenso, podendo apresentar diante disso agressividade, intenso sofrimento psíquico, atitudes de automutilação e angústia exacerbante. Nesse cenário, imbuído de vivências intensas e angustiantes, é exigido dos trabalhadores desse campo compreensão ética e essencialmente disponibilidade para efetivar um cuidado, uma atenção que seja integral. Entretanto, essa realidade por vezes contribui para um comportamento de distanciamento, onde o diálogo e reflexão crítica não se encontram, ocorrendo aqui, o desvio do foco da atenção, que deveria estar na relação de cuidado para as relações puramente institucionais (Ballarin et. al, 2009).

Sendo essa uma realidade dos trabalhadores do campo da saúde mental, há diferentes terapeutas ocupacionais que passam por esta experiência e estão nesses cenários. Há de se conhecer e refletir sobre tais realidades e como espaços que são destinados ao cuidado em saúde mental como os CAPS, de fato cuidam. Na compreensão das relações, como terapeutas ocupacionais têm conseguido de alguma forma desenvolver ou não uma prática que vise o cuidado composto pelas dimensões da intersubjetividade, da produção de subjetividades e do encontro com o outro. Busca-se no cruzamento dessas percepções, por meio da história de cada sujeito, discutir sobre a produção de cuidado da terapia ocupacional nesse campo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo o objetivo deste estudo foi apreender e analisar o sentido das intervenções terapêuticas ocupacionais na perspectiva de usuários da saúde mental.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Apresentar e analisar a história de vida relatada pelos sujeitos das ações da terapia ocupacional.

2.2.2 Descrever o cotidiano de cuidado em saúde mental vivenciado pelos participantes;

2.2.3 Analisar os sentidos atribuídos por estes sujeitos às ações de atenção e cuidado produzidos no processo de terapia ocupacional;

2.2.4 Relatar as mudanças que os elementos do cuidado em terapia ocupacional produziram na história de vida destes sujeitos, segundo a perspectiva destes atores.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A abordagem metodológica que melhor se relacionou aos objetivos deste estudo foi a qualitativa, que se volta para interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, assim como considera a relação entre mundo objetivo e subjetividade do sujeito, que não se traduz em números. O processo e os significados são os focos principais deste tipo de abordagem (Prodanov; Freitas, 2013).

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, por proporcionar tanto maior familiaridade com o problema, como também almeja expor as características de uma determinada população e fenômeno, o que demandará técnicas de coleta de dados (Prodanov; Freitas, 2013). Neste sentido, acredita-se que a utilização da História Oral, como método para coleta de dados contribuiu com os objetivos deste estudo, à medida em que se tratou de uma abordagem metodológica que permitiu a pesquisadora apreender os sentidos, de como os sujeitos pensam, interpretam e vivenciam suas experiências (Delgado, 2003; Moya, 2010).

A História Oral pode ser qualificada como ferramenta, técnica, metodologia, forma de saber ou disciplina. Para este trabalho foi adotada a História Oral como método, compreendendo que essa metodologia se ampara em alternativas que privilegiam as entrevistas como atenção essencial. Dessa forma, os testemunhos tomarão centralidade e serão ponto fundamental e básico para as análises posteriores, implicando na formulação de entrevistas como epicentro desta pesquisa (Meihy; Holanda, 2015).

É uma metodologia voltada à produção de narrativas como fontes de conhecimento, do saber que possibilita uma experiência na qual há o compartilhamento do registro das lembranças e transforma essa narrativa em algo compartilhado. Este processo constitui-se das seguintes dimensões: estímulo ao narrar, ato de contar e lembrar e disponibilidade para escutar. É nessa dinâmica entre falar, escutar e trocar olhares que torna esse processo único e essencial à vida. É nesse procedimento metodológico, então, que se busca registrar – por meio de narrativas induzidas e estimuladas –, testemunhos, versões e interpretações (Delgado, 2003).

Para Portelli (1997), o que torna a História Oral distinta das outras metodologias de pesquisa qualitativas são os significados, entendidos como a forma como os sujeitos pensam, interpretam e vivenciam experiências. Trata-se de uma metodologia que estuda o cotidiano, a cultura material de pessoas e/ou grupos, um ponto de vista coletivo expresso na narrativa dos sujeitos (Moya, 2010). Assim como para Meihy e Holanda (2015), o projeto – critérios de recolha das entrevistas, processamento, passagem do oral para o escrito e resultados analíticos – é a essência dos trabalhos em história oral. A intenção e a prática de estabelecimentos de

textos e sua eventual análise é o que caracteriza a história oral e a diferencia de outras propostas que utilizam fontes orais.

Com relação aos tipos de história oral, há três gêneros distintos: história oral de vida, história oral temática e tradição oral. O primeiro trata-se de narrativas de experiências de vida pessoais, no qual a questão subjetiva se mostra essencial para compreensão de trajetórias significativas. No segundo gênero, história oral temática, parte de um assunto específico, há um assunto central definido, e a diferença com relação aos procedimentos de entrevistas tradicionais está no enquadramento das etapas para realizá-la que são: gravação da entrevista, transcrição literal, textualização/transcrição e análise. O terceiro e último gênero, parecido com a etnografia, implicará minuciosa descrição do cotidiano e de suas inversões (Meihy; Holanda, 2015).

Com relação a história oral de vida, ela requer questões mais amplas, na intenção de apreender toda ou a maior parte das vivências do sujeito. Já na história oral temática, a atuação do entrevistador como condutor do trabalho fica mais evidente, pois admite a utilização de um roteiro, que se torna peça fundamental para a descoberta dos detalhes procurados, do esclarecimento do tema (Meihy, 2002).

No caso desta pesquisa adotou-se, no planejamento para coleta das histórias, as características da história oral de vida e da história oral temática, pois, ao mesmo tempo que há um foco específico, que se relaciona a vivência do sujeito ao processo de cuidado terapêutico ocupacional, foi favorecido também espaço para narrativas que possam trazer elementos da história de vida desses sujeitos. Assim, as narrativas são consideradas também imprescindíveis para esse trabalho, que se propõe a reconhecer nessas histórias aspectos das subjetividades e modos de subjetivação desses sujeitos das ações de terapeutas ocupacionais. Meihy (2002) afirma que há na em história oral temática possível combinação com a história oral de vida, aponta que com essa mescla de situações vivenciais, a informação acaba por ganhar mais vivacidade e sugere características do narrador.

A História Oral é aquela que nos conta menos sobre eventos e mais sobre significados, à medida que contar algo se relaciona com a expressão das subjetividades. As fontes orais contam não apenas o que o povo fez, mas o que queria fazer, o que acreditava estar fazendo, o que agora pensa que fez (Portelli, 1997, p.31).

Em suma, acredita-se que a História Oral, enquanto metodologia qualitativa de pesquisa, possibilitou o protagonismo dos participantes da pesquisa e foi de encontro com os objetivos propostos por este estudo, à medida que abriu espaço criativo e de autonomia para

que os sujeitos da pesquisa expressassem através de seus olhares, o processo de construção de sentido das intervenções de terapeutas ocupacionais.

3.1 Participantes

O estudo foi realizado com 4 (quatro) adultos vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial adulto -III (CAPS adulto III)¹ na grande São Paulo-SP. A escolha dos participantes obedeceu aos seguintes critérios:

3.1.1 Critérios de inclusão

3.1.1.1 Ter idade entre 18 e 60 anos;

3.1.1.2 Estar vinculado ao CAPS adulto III;

3.1.1.3 Usuário(a) que tenha o(a) terapeuta ocupacional como terapeuta de referência no CAPS III ou usuário(a) que participe de grupos, oficinas ou atendimento individual por um(a) terapeuta ocupacional no CAPS adulto III²

3.1.1.4 Estar em acompanhamento com terapeuta ocupacional há pelo menos seis meses;

3.1.1.5 Estar apto a estabelecer uma comunicação verbal compreensível e disposição para narrar suas experiências;

3.1.1.6 O sujeito ou responsável (curador) caso houver, deverá assinar os Termos de Assentimento e de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.1.2 Critério de exclusão

3.1.2.1 Usuário que se encontre em momento de crise de sua experiência de sofrimento psíquico;

A indicação dos participantes foi realizada por quatro terapeutas ocupacionais que atuam nesse serviço. Anteriormente a essa escolha, a pesquisadora seguiu um

¹ No projeto inicial foi proposto realizar a pesquisa em um CAPS adulto II, entretanto, durante as articulações, um dos CAPS procurados que era nível II, estava em processo de mudança de contrato com prefeitura do município e isso implicaria em não ter uma previsibilidade de tempo para resposta do aceite. Foi possível recorrer a outro CAPS adulto, este de nível III, esse novo local já possuía histórico de receber estagiários e pesquisadores; apresentou previsibilidade dos trâmites e possibilidade do aceite ser positivo. De acordo com dados da transparência de 2021, o município de São Paulo conta com 102 CAPS, sendo 35 deles Álcool e Drogas (AD), 33 Infantojuvenis e 34 Adultos. Ao todo, 46 funcionam como CAPS III (com acolhimento integral – funcionamento 24 horas) e 1 como CAPS IV (com funcionamento 24h e possibilidade de acolhimento integral nas 24h).

² Este critério de inclusão tenta garantir que o usuário mantenha relações estreitas com criação de vínculo com a terapeuta ocupacional.

cronograma de atividades junto à equipe e terapeutas ocupacionais que será descrito a seguir. Assim, os participantes do presente estudo foram três adultos vinculados a um CAPS Adulto III da grande São Paulo- SP. O Quadro 1 apresenta informações sobre os participantes. É importante salientar que foram atribuídos nomes fictícios aos participantes e outras pessoas que os mesmos citam em suas histórias, no intuito de preservar suas identidades.

3.2 Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, expresso pelo CAAE: 62053722.3.0000.5504/ Parecer: 5.867.306 (ANEXO I) e pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP-Coordenadoria Regional de Saúde Sul, expresso pelo CAAE: 62053722.3.3001.0086/Parecer: 6.055.284 (ANEXO II).

Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização de Uso de Imagem, o primeiro concordando com a participação e outro autorizando o uso da imagem na pesquisa (APÊNDICE A e B).

3.3 Instrumentos para coleta de dados

Com base nos objetivos do presente estudo foram desenvolvidos Formulário de Identificação da Amostra (APÊNDICE C) e Roteiro Aberto de Entrevista (APÊNDICE D). O primeiro formulário foi constituído por dados de caracterização sociodemográfica, bem como de itens que abordavam o processo de vinculação dos adultos ao CAPS adulto III; foi preenchido a partir de dados disponíveis no prontuário do(a) usuário(a). Tais informações estarão apresentadas no Quadro 1.

O roteiro aberto de entrevista contou com perguntas disparadoras no intuito de instigar o(a) participante a relatar aspectos de sua história de vida, chegada ao CAPS adulto e encontro com a terapia ocupacional. As perguntas foram norteadoras para ir ao encontro dos objetivos propostos. Durante a entrevista outras questões surgiram de forma fluída e natural, ajudando a compor a história do participante.

3.4 Local do estudo

Foi escolhido o Centro de Atenção Psicossocial adulto (CAPS adulto III) da grande São Paulo, por se tratar de um serviço estratégico da atenção psicossocial de cuidado à saúde mental adulto e na cidade onde reside a pesquisadora. Tal serviço foi sugerido por histórico de abertura e apoio à pesquisa. A pesquisadora primeiramente se aproximou do serviço e, após retorno positivo de interesse por parte da instituição, seguiu os trâmites formais para autorização de coleta de dados. Um ofício foi enviado a Supervisão Técnica de Saúde Capela do Socorro da cidade de São Paulo-SP, sendo aceite pela supervisão e instituição alvo, o processo foi encaminhado a Coordenadoria Regional de Saúde Sul e posteriormente aceite pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SMS/SP.

3.5 Procedimentos metodológicos

Após autorização da Coordenadoria Regional de Saúde Sul e aceite do Comitê de Ética e Pesquisa da SMS/SP da cidade em questão, foram feitos contatos com a gestão local do serviço para:

- Definir os dias e horários possíveis para: apresentar o projeto de pesquisa a toda a equipe;
- Receber sugestões de participantes; participar dos grupos terapêuticos que tais participantes frequentavam, no intuito de construir uma primeira aproximação anterior ao convite da pesquisa;
- Realizar o convite para participação na pesquisa;
- Definição de datas para leitura dos termos de autorização, para entrevistas e data para retorno ao serviço com as histórias orais disponíveis aos participantes para leitura, observações, correções e, por fim, aprovação ou reprovação da história para utilização no estudo.

A apresentação do projeto aconteceu em contexto de reunião técnica geral, com todos os integrantes da equipe presentes; foram apresentados os critérios de inclusão e exclusão previstos e o método a ser utilizado da História Oral para coleta de dados. Um dos critérios de inclusão foi questionado pela equipe, o critério da idade dos participantes, no projeto inicial propunha-se idade entre dezoito e quarenta anos; relataram que, no território de abrangência do serviço, tinham muitos adultos com faixa etária maior, era um território também como Serviço de Residência Terapêutica, tendo moradores com mais de cinquenta anos, o limite de idade de quarenta anos como critério de inclusão poderia restringir as opções de sugestões de

participantes. Justifica-se, assim, a mudança do critério de inclusão com relação a idade dos participantes, que passou a ser de dezoito a sessenta anos.

Durante a apresentação, alguns integrantes da equipe interagiram com a proposta e sugeriram pessoas junto aos quatro (4) terapeutas ocupacionais presentes na sala. Vale ressaltar que no período da pesquisa, o CAPS escolhido estava com o quadro completo de profissionais da área de terapia ocupacional. Foi acordada sugestão a princípio de cinco (5) participantes, inferimos que para essa pesquisa e método escolhido, ter cinco participantes seria suficiente para responder aos objetivos do estudo, assim como favoreceria o aprofundamento na exploração e análise das entrevistas, considerando todo o processo da História Oral e Análise Temática. Entretanto, após as indicações dos terapeutas ocupacionais do serviço tivemos a confirmação de quatro participantes para as entrevistas e, passando-se a fase da coleta de dados, houve uma desistência após a fase de apresentação da história oral ao participante, com a não autorização de publicação e análise da história oral, chegou-se ao processo de análise com três (3) histórias orais.

Com os nomes sugeridos para participação, foi possível mapear os grupos terapêuticos que essas pessoas participavam junto a terapeutas ocupacionais e outros profissionais na coordenação dos mesmos. Em sua maioria, todos estavam participando de dois grupos: “CapsLock” (sextas-feiras) e “Auê na Toca” (terças-feiras), ambos contavam com uma (1) terapeuta ocupacional em comum como uma das coordenadoras. A pesquisadora programou participação nesses momentos de grupo para um primeiro contato e aproximação com as pessoas sugeridas pelos(as) terapeutas ocupacionais. No total, foram duas (2) participações no grupo “Auê na Toca” e três (3) participações no grupo “CapsLock”. Durante esse período os(as) próprios(as) terapeutas ocupacionais apresentaram a pesquisadora a todos(as) e a mesma envolvia-se com a proposta do dia, o que envolvia interação com todas as pessoas do grupo, inclusive os(as) participantes da pesquisa.

3.6 Coleta de dados e histórias

Os convites para participação da pesquisa foram realizados pela pesquisadora e terapeuta ocupacional ao final da participação nos grupos, após aceite, foram agendados dias e horários exclusivos a cada um(a) para explicação do projeto, leitura do TCLE e Termo de Autorização e Uso de Imagem, seguido também posteriormente o processo de agendamento da entrevista e retorno com as histórias orais para aprovação ou reprovação.

A coleta dos dados aconteceu no próprio serviço, em salas reservadas, como sugerido no método da história oral, onde é ideal atentar-se se o local indicado apresenta condições adequadas para a pureza do som, evitando-se interrupções e outros impedimentos que distraiam a concentração (Meihy; Holanda,2015). Cada entrevista contou com uma média de 50 minutos de duração. Na maioria dos encontros entrevistadora e entrevistado permaneceram a sós, porém algumas vezes, houve interrupções devido a acontecimentos externos.

As conversas aconteceram por meio de entrevistas abertas, que foram iniciadas com a explicação dos objetivos do estudo e pedido de autorização para gravação. Ao final das entrevistas o participante foi convidado a capturar uma imagem³ ou resgatar alguma fotografia que já possuísse e que pudesse ter marcado o encontro com a terapia ocupacional. Após a coleta de dados entre os meses de maio/2023 e junho/2023, a pesquisadora retornou ao serviço com agendamento prévio para apresentação das histórias no final de julho/2023.

3.7 Tratamento dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, as palavras ditas foram colocadas em seu estado bruto. Posteriormente passaram pelo processo de textualização, onde são eliminadas as perguntas, retirados os erros gramaticais e reparadas as palavras sem peso semântico. Nesta etapa ocorreu a organização do texto de uma forma compreensível a partir da transcrição. Durante esse processo foram escolhidas frases das narrativas que representam a essência de cada entrevista, pois, a cada história, espera-se que haja uma frase guia, chamada “tom vital” (Meihy; Holanda, 2015, p.142). Meihy e Holanda (2015) afirmam que esse recurso é usado para requalificar a entrevista segundo sua essência.

A versão final dos textos foi apresentada num segundo momento aos entrevistados, onde foi apresentado o resultado das entrevistas após processo de textualização. Eles puderam ler e

³ Para este estudo, utilizou fotografias no intuito de ilustrar as histórias trazidas; o registro fotográfico foi proposto ao final das entrevistas aos participantes. Pretendeu-se abrir espaço para capturar o que ficou marcado da relação, da experiência do sujeito junto a terapia ocupacional. As imagens foram capturas pelo aparelho celular da pesquisadora sob posse do participante no momento final da entrevista. As fotografias foram armazenadas numa pasta no computador da pesquisadora, garantindo assim, sigilo das imagens e participação de todos nessa ação. O termo de uso de imagem foi apresentado ao participante da pesquisa, visando garantia de sigilo, armazenamento seguro e garantia de participação. A fotografia pressupõe a subjetividade de quem fotografa, ao escolher o que fotografar e recortar a realidade a ser fotografada; é recortar algo que é significativo, que faz sentido para quem fotografa. Um enquadramento da realidade que explicita a subjetividade do fotógrafo. O que importa e não importa fotografar são decisões que quem fotografa deve tomar, e essas decisões podem alterar o discurso fotográfico. (MOYA, 2010; MEIRINHOS, 2017).

propor alterações que foram incorporadas ou subtraídas do texto produzido e rubricaram as páginas para legitimar a textualização.

Nessa etapa, das quatro (4) entrevistas, tivemos a sugestão de correção de uma história, em um parágrafo específico com relação à ordem cronológica dos acontecimentos e pessoas envolvidas, tal pedido foi sanado e a história foi autorizada. Houve uma desistência, com não aprovação da história oral. O participante demonstrou-se um pouco confuso com os nomes fictícios dados às pessoas citadas em sua história e a cronologia dos fatos que narrou. Tratava-se de uma das histórias mais longas, com muitos acontecimentos e o ir e voltar ao contar a história na textualização não agradou ao participante. Este usuário não desejou sugerir as correções ou mudanças e respeitou-se, assim, o seu direito de desistência como constava no TCLE. Finalizou-se essa etapa com três (3) histórias validadas para utilização no estudo.

3.8 Análise dos dados

Após modificações e legitimação da textualização pelos participantes, esses textos foram inseridos no corpo deste trabalho, junto às fotografias. A partir destes textos, foi realizada a fase da análise, tomando como referencial teórico a Análise Temática, uma das técnicas preconizadas no método de Análise de Conteúdo de Bardin (Bardin, 2009). Tal análise consiste em uma técnica, ou um conjunto de técnicas, com procedimentos sistemáticos e objetivos, com objetivo de analisar e interpretar discursos diversos e as formas de comunicação, seja qual for sua natureza (Bardin, 2009).

No que se refere especificamente à Análise Temática, é uma técnica de análise que permite reunir temas que se repetem, cuja frequência da aparição aponta possíveis significados libertos de um material, de acordo com o nível de análise que se pretende obter sob ele, permitindo a descoberta de núcleos de sentido (Bardin, 2009). A utilização dessa técnica prevê três etapas fundamentais:

- pré-análise: o primeiro contato com os documentos de análise, formulação de hipóteses e elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação dos dados;
- exploração do material: momento de escolhas das unidades de codificação, classificação e categorização dos núcleos de sentido, conforme os objetivos da pesquisa;
- tratamento dos resultados: etapa em que os dados serão interpretados de acordo com a fundamentação teórica, que dará sentido a interpretação (Bardin, 2009).

Dessa forma, após leitura exaustiva de cada história produzida, foram elencados os principais pontos organizados da seguinte forma: eixo temático; tema; subtema e trecho extraído do texto. Após o trabalho de imersão nos dados, tais temas e subtemas foram selecionados para serem apresentados e discutidos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados se dará da seguinte forma: inicialmente, serão apontados os dados de caracterização dos três participantes e, em seguida, as histórias contadas por eles. Posteriormente, serão apresentados e discutidos os temas que emergiram do processo de análise das histórias desses sujeitos, seguidos da discussão dessas temáticas elencadas.

4.1 Caracterização dos Participantes

Os participantes do presente estudo foram três adultos vinculados a um CAPS Adulto III da grande São Paulo-SP. No quadro a seguir apresenta-se a caracterização sociodemográfica dessas pessoas. Destaca-se que foram adotados nomes fictícios a fim de preservar a identidade dos participantes.

Quadro 1: Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

<i>Participante</i>	<i>Idade</i>	<i>Raça/cor/etnia</i>	<i>Trabalho</i>	<i>Entrada no CAPS</i>	<i>Com quem reside</i>
Pedro	37	preta	Já trabalhou em hotelaria, atualmente é aposentado por invalidez	Dezembro/2015	Mãe, pai e tia paterna
Melina	23	branca	Já trabalhou como assistente de marketing, atualmente desempregada	Dezembro/2021	Mãe e sobrinho mais velho
Jean	33	branca	Atualmente se apresenta com skate e vigia carros estacionados	Setembro/2014	Pai, mãe e irmão

4.2 Apresentação das Histórias

A seguir, apresentam-se as três histórias coletadas junto aos participantes da pesquisa.

Pedro

Fotografia 1.



Aqui dentro

Alí fora

Meu nome é Pedro, eu tenho 37 anos, nasci aqui em São Paulo mesmo, eu moro próximo ao SESC Interlagos, que fica na Rua de Nova Oliveira Teixeira, próximo ao CAPS, não é muito longe. Eu moro atualmente com meu pai, minha mãe e minha tia, irmã do meu pai. Sempre morei com eles, falo assim, porque eu costumava morar nos fundos e tinha uma certa liberdade, era uma casa meio acoplada, mas separada, nos fundos, agora estou na mesma casa devido a deficiência física que tenho no momento e que não tinha anteriormente. Não consigo morar sozinho na casa dos fundos porque tem uma escada, não há nenhuma forma de conseguir ficar lá.

Normalmente, meu dia-a-dia é bem pacato, devido esse transtorno da bipolaridade e a ansiedade, às vezes tenho algumas confusões psicológicas. Me sinto muito como se estivesse amarrado em casa, não consigo tocar um violão, adoro tocar; não consigo ouvir uma música, fico transitando. Às vezes entro no computador, vejo alguma coisa para distrair minha mente e também vou para o corredor para fumar cigarro.

Não tenho muitos amigos, na verdade, não tenho nenhum. Tem pessoas que eu conheço aqui, a Amélia e o Elizeu, tenho mais intimidade, são pessoas amigas. Me sinto melhor quando eu venho no CAPS, é uma distração para minha mente, acabo saindo um pouco daquela rotina de casa. Aqui cada um tem o seu transtorno e não fica reparando muito se você comete algum deslize, de repente, você fala alguma coisa que não faz muito sentido

e não encontro aquele olhar de julgamento, porque, fora daqui, me preocupo muito com isso, de passar por algum constrangimento e isso me deixa mal. Porque tem aquela coisa das pessoas acharem que você é maluco e isso me preocupou bastante, há o estigma da sociedade e às vezes da própria família, a minha acho que entende melhor hoje, pelo menos um pouco. Para ter um entendimento mesmo, as pessoas teriam que estar muito envolvidas com a questão, trabalhando nessas áreas ou passando pela dificuldade. É o meu ponto de vista, para pessoa ter um entendimento mais aprofundado.

O CAPS representa um lugar de alívio, um lugar onde me sinto bem, porque tudo mudou. Eu tinha minha rotina, trabalhava num hotel, comecei como mensageiro e depois fui promovido para área da recepção, achava que minha vida estava no controle. Entrei nesse trabalho com uns 20, 22 anos por aí, minha vida era assim, vou usar o termo “normal” só para dar uma referência. Trabalhava, passeava de vez em quando aos finais de semana com meus amigos, tinha o meu próprio dinheiro, a minha dinâmica; bebia algumas vezes, porque tinha acabado de entrar para a igreja e tinha deixado essa vida de bebedeira, essas coisas, a minha vida estava com uma rotina normal.

De repente, tudo mudou, lembro-me que estava na recepção do hotel e comecei a perceber as coisas de uma maneira diferente, é um pouco difícil de explicar, porque as coisas estavam acontecendo muito rápido e percebia esse movimento rápido, da realidade acontecendo ao meu redor. Mas, eu não estava perdido naquela velocidade, eu estava agindo rápido também nesse movimento e comecei a notar pequenas mudanças. Teve momentos que eu estava lendo a bíblia e minha mente achava que eu era determinado personagem das escrituras, me assustava, questionava “como assim?” “Não, não sou eu, não sou fulano, estou lendo um livro”. Estava me confundindo com essas questões e ficava questionando, sempre fui muito questionador da realidade, das coisas ao meu redor, algo comum, interpretava a realidade ao seu redor. Quando tudo isso começou a ficar muito confuso para mim, comecei a achar que poderia ser algo espiritual, foi a primeira coisa pensei por estar envolvido com esse meio.

Muitas vezes um distúrbio psicológico se confunde com uma possessão demoníaca, a princípio achei que era alguma coisa desse tipo, procurei ajuda na igreja e percebi que não estava solucionando. Nessa época tive período de férias do trabalho, no início comecei a achar que o pessoal estava me evitando no serviço, porque só falava de religião, comecei a ficar muito obcecado e me envolvendo cada vez mais, cada vez mais, cada vez mais. Comecei a ter alguns delírios visuais, a ficar com medo da igreja e acabei me afastando dessa

parte que era um grande apoio para mim e que não tinha mais. Voltei a beber, a beber muito, nem eu e ninguém sabia o que eu tinha e também não sabia que era uma coisa que agravaria.

Andei delirante durante muito tempo, principalmente no momento de férias. Num determinado dia fui até meu serviço, um dia antes de ter que voltar das férias; peguei meu uniforme e crachá, joguei tudo no lixo e fui embora. Entrei só para fazer isso e saí.

Estava trabalhando no hotel há sete anos, acredito que tinha uns 22 anos, me confundo no tempo. Estava na empresa há uns sete anos quando essas coisas começaram a acontecer. No dia seguinte voltei para trabalhar, para mim não tinha acontecido nada, as pessoas me deixaram entrar, o segurança me deixou entrar, quando estava no vestiário minha gerente chegou.

Sobre aquela atitude de jogar tudo fora, havia confundido com uma ideia de que iria ter um uniforme novo, foi um comportamento que não consigo explicar muito bem, era incontrolável. Consigo me recordar do comportamento e depois eu fiquei me questionando: “por que eu fiz isso?”, foi algo muito complicada para quem não está vivenciando e quem não estuda esse tipo de comportamento para compreender. Minha chefe me mandou embora, mas antes disso, ela tinha notado o meu comportamento diferente e tinha me orientado para passar por atendimento com uma psicóloga, fiquei pensando: “por que eu vou passar por uma psicóloga sendo que eu não tenho nada?”, nunca tive um atendimento desse, não sabia como era. Não tinha informação do que a psicóloga poderia oferecer, de qual seria a necessidade, do porque precisava de uma coisa dessas.

Minha chefe não tinha me falado disso antes, acho que talvez se ela tivesse falado do meu comportamento estranho, dado qualquer pista, talvez tivesse esclarecido alguma coisa, mas ela só disse para passar com a psicóloga e pronto. Quando cheguei até a psicóloga, ela só ficava olhando para a minha cara e não falava nada, fui três vezes, depois cheguei para a minha chefe e disse que ela não falou nada, só ficou me olhando e que decidi que não iria mais. Essa situação aconteceu um pouco antes das minhas férias.

Quando voltei ao trabalho, minha chefe chegou ao vestiário, o segurança avisou que era para eu ir embora, ela entrou no vestiário e tentou me enrolar, dizendo que não era o dia da minha volta das férias, de que não estava na hora. Fiquei conversando com ela e estava no papel que seria meu dia de voltar, nesse momento ela pegou o papel e disse que eu fui mandado embora, repetindo para mim tudo o que eu tinha feito no dia anterior, de jogar meu crachá e uniforme no lixo. Fiquei muito nervoso, bravo, mas não xinguei ninguém, fiquei com aquele nervosismo interno, porque, até então, eu sempre fui uma pessoa muito calma,

muito tranquila e guardava as coisas muito para mim. A única coisa que falei era que iria processar o lugar, mas disse da boca para fora, como uma forma de descarregar minha raiva, algo que eu não era acostumado a fazer.

Me lembro de sair do vestiário e ela dizer para não me deixarem sair daquele jeito; uma pessoa foi até mim para me parar, mas ninguém tentou me parar de alguma maneira. Me lembro de sair do prédio, passar pela porta giratória e sentir muito medo, fiquei com medo e não entendi, parei na porta e fiquei pensando: “por que eu estou com medo? nunca tinha sentido essa sensação antes, mas por que eu estou com medo de sair?”, fiquei questionando, por que estava com medo de sair. Me lembrei de um ensinamento do pastor, de ler umas passagens bíblicas para me fortalecer, nesse momento peguei meu celular, tinha uma bíblia no celular, comecei a ler e tentar me fortalecer naquela passagem para tentar sair do local. Não estava conseguindo e fiquei paralisado, questionava muito isso: “por que eu não estou conseguindo fazer tal coisa que já fazia com tanta naturalidade?”. Saí do local e senti uma sensação muito terrível, mas consegui sair, fui para casa, minha chefe tinha ligado para minha família e informou que eu saí transtornado. Fiquei terrível, muito mal, muito mal. Estou com 37 anos e essas coisas se confundem na minha cabeça, nunca consegui calcular muito bem o tempo, mas tenho certeza, eu fiquei lá sete anos e já se passaram uns dez anos que eu estou no CAPS.

Acontece que ninguém sabia o que eu tinha, minha família não tinha informações para essas questões, fiquei muito tempo bebendo e vagando por aí. Me lembro quando fui ao escritório da empresa, que era na Avenida Paulista, resolver essas questões da saída do emprego, não estava em condições, meu pai teve que me acompanhar, estava muito desorganizado. Lembro-me que meu pai falou para a moça que eu precisava de tratamento, que não estava bem e ela simplesmente informou que, se eu quisesse colocá-los na justiça, teria um tempo. Senti que as pessoas fizeram descaso e como estava desequilibrado só pensava em deixar nas mãos de Deus, que Ele sabia de tudo. Senti além do descaso, que eles não deveriam ter me despedido, estava doente. Só que naquele momento não tinha esse tipo de pensamento, esse sentimento na minha mente, acreditava que a oração resolveria, que não precisaria de nenhuma ação, que iria dar certo e o que aconteceu foi isso, fui dispensado, me dediquei por muito tempo naquela empresa, fiquei magoado por dentro.

Não sei como aconteceu, mas um dia meus pais chegaram até mim e me levaram para o CAPS, na época esse CAPS não ficava aqui, era perto da estação Primavera, da linha do trem. Quando cheguei aqui, ainda estava muito desorganizado, me lembro que fui atendido

pelo doutor Lucas, nós estávamos conversando e na minha mente acreditava que ele queria me matar, não tive nenhuma reação de me levantar assustado ou agredi-lo. Fiquei sentado e na minha mente pensava: “ele vai me matar”. Eu questionava meus pensamentos: “como é que ele vai me matar se ele está sentado escrevendo, vai me matar como?”, ele passou uns remédios e a equipe disse que eu teria que frequentar o serviço durante um tempo, participar dos grupos, com o tempo comecei a frequentar e participar dos grupos, me socializar com as pessoas. Eu não conseguia nem tocar o violão, quando pegava o violão sentia que sabia, mas não conseguia tocar de tamanha desorganização na minha mente, não conseguia jogar dominó e, conforme o tempo foi passando, fui praticamente reaprendendo a fazer as coisas que já sabia fazer.

Eu não faço a mínima ideia de como meus pais descobriram o CAPS, alguém deve ter falado que tinha algum lugar de saúde mental. Continuei morando nos fundos da casa dos meus pais e só tinha esse espaço, onde ficava mais sozinho, tinha minhas coisas, meu chuveiro, meu banheiro, ainda continuei no meu espaço, era um espaço de individualidade, de mais privacidade.

No CAPS Primavera, lembro-me de momentos em que a medicação foi mudando várias vezes até se adequar. Fiquei muito triste ao descobrir que iria ter que usar medicação durante minha vida inteira, pois tinha esperança que em algum momento teria a cura, que iria tomar medicação por um tempo para equilibrar certas coisas químicas no meu organismo. Sempre vivia com essa questão, pensando em tomar o remédio durante um tempo e depois parar de usar, mas as coisas não foram acontecendo e mantinha essa expectativa e as medicações continuavam mudando.

A cura significaria uma liberdade, voltar ao normal, entre aspas. Desculpa usar essa palavra “normal” novamente, não gosto de usar muitas palavras que são assim, vejo que gostaria de voltar ao normal, voltar a trabalhar, ter um relacionamento, estruturar minha vida novamente, ter minha independência. A minha independência foi terceirizada.

Agora estava sendo cuidado e não era mais a pessoa que cuidava de outras, que oferecia uma conversa, um ombro amigo, era a pessoa que estava sendo cuidada. Ser cuidado, pra mim, ao invés de ser a pessoa que cuida, é algo muito difícil de aceitar até hoje. O que eu mais gostava de fazer quando trabalhava era ser mensageiro, porque eu prestava serviço para as outras pessoas, isso sempre foi muito importante, estar numa função de ajudar o outro.

Nós tivemos a mudança do CAPS Primavera para essa região, ele se transformou em CAPS III; o outro CAPS era II e não tinha internação. “Internação” eu também não gosto dessa palavra, aqui é acolhida, essa palavra tem um significado. Foi difícil estar aqui porque, quando percebi que esse remédio seria para o resto da vida, fiquei maluco, foi quando voltei a beber e meu caso agravou, comecei a usar drogas a ponto de fugir da realidade. A realidade, pra mim, até hoje é dura de suportar, chegou num ponto o qual comecei a trazer para minha mente, não sei como comecei a trazer, se foi algo sugerido por vozes, não sei de onde surgiu essas coisas, essas realidades sugestivas que aparecem, assim, do nada, que seria a possibilidade de tirar minha própria vida.

No meu quarto tentei me enforçar, observava algum ponto onde eu poderia tentar, se tornou rotina, todos os dias. Tentava pensar onde poderia amarrar uma corda e criar coragem pra tentar, mas eu nunca conseguia ter essa coragem até que certa vez peguei um cabo da guitarra, cheguei muito perto, cheguei a desmaiar e o cabo partiu. Quando acordei estava no chão e senti uma pressão muito forte no pescoço, porém não lembrava o que tinha feito e por que que estava no chão. Não conseguia nem recordar, a memória foi voltando e aos poucos me lembrei o que era essa pressão no pescoço, era o cabo que estava grudado ainda em mim, puxei e retirei. Outra vez, comprei paracetamol, ingeri cerca de trinta comprimidos e fiquei esperando, esperando, muito ansioso, fumando muito cigarro, usando bebida alcoólica; fui para o CAPS nesse mesmo dia participar do grupo. Participamos de uma roda de conversa e teve um momento que olhei para minha referência de longe, fui me aproximar pra conversar com ela e percebi que estava lento, não conseguia falar e estava perdendo a consciência. Antes de perder a consciência contei para ela que tinha feito; quando acordei, estava no hospital.

Nesse dia meu pai colocou a mão no meu peito de leve falou para me sentar, pois eu não estava entendendo nada não sei como cheguei lá, mas foi uma tentativa e foi muito complicada. Após isso, fiquei com uma ideia fixa na minha mente, vivia na internet procurando formas de tirar a minha vida, pensava que não dava mais certo, de que não desejava mais viver desse jeito, tomando medicamento, que minha vida não iria voltar mais ao normal. Fiquei com a ideia fixa que se eu me pulasse na linha do trem não iria escapar de jeito nenhum, já tinha escapado da porta, do cabo da guitarra, dos remédios, essa ideia ficou guardada na minha mente, esqueci nesse momento e comecei a retomar minha vida.

Quando já estávamos nesse CAPS, continuei fazendo tratamento, fiquei muito retraído, evitando relacionamentos, porque sabia que não estava em condições de me

relacionar com alguém, com outra pessoa. Por mais que eu queria, não estava com emocional muito forte pra essas coisas, fiquei com aquela vida totalmente deprimida, às vezes não conseguia levantar da cama e não suportava esse tipo de sentimento e por vezes pensava: “eu estou bem, estou saudável, como é que eu não consigo levantar da cama? Eu não entendo esse negócio de depressão, o que que é isso?”. Mas mesmo assim eu estava empurrando a vida.

Estava me sentindo dessa forma e num determinado dia acabo encontrando com uma menina que conheci lá no outro CAPS, acabei me envolvendo com ela, inventamos de começar um relacionamento, foi a pior coisa que eu fui fazer, quebrando a minha própria regra que tinha criado. Seria melhor continuar o tratamento, ainda não estava bem pra trabalhar e nem para relacionamento amoroso, mas meti os pés pelas mãos. Iniciamos um relacionamento e nos envolvemos muito, muito mesmo, acompanhava a sua vida muito de perto, observava ela trabalhando, sabia que ela também tinha os seus problemas, usava os medicamentos, passava por crises terríveis; até que chegou um momento em que decidi que queria retomar minha vida normal, novamente a palavra.

Consegui um emprego em outro hotel, uma outra rede de hotel e dizia para mim mesmo: “estou tentando, vou conseguir, vou conseguir”, mas quando o rapaz que me recepcionou mostrou o heliponto do lugar, senti um impulso muito forte para me jogar daquela altura na hora, no momento em que olhei para beirada senti um impulso muito forte, consegui controlar, mas fiquei assustado, queria muito ir embora, descer. Comecei a questionar e refleti que não estava pronto para voltar a trabalhar, estava tentando ter uma vida normal, comecei a me questionar essa doença que chegou para destruir minha vida. Comecei a me deprimir novamente, o relacionamento para somar com isso não estava dando muito certo, quando compartilhei que não aceitei o emprego ela ficou brava comigo, não entendia que eu não estava pronto, é difícil você ter uma compreensão quando não é a pessoa que está passando pela dificuldade.

Ela acabou terminando nosso relacionamento; fiquei louco, perdi meu chão, tinha vezes que não conseguia levantar da cama, quando levantava era porque ela era a minha força, ela era o meu gás, conseguia tomar banho movido pelo desejo de encontrá-la. Os pensamentos de morte, enquanto estava com ela tinham cessado, até o episódio do heliponto e, quando ela terminou comigo, acordei num dia a noite querendo jogar tudo fora, não saber mais de nada. Peguei meu cobertor, coloquei dentro de uma bolsa e fui embora de casa, pensei em não dar mais trabalho para minha família, fui para região de Santo Amaro, estava

sem rumo, fui pedir ajuda na Santa Casa, não estava sabendo que não prestavam mais atendimento, o local estava fechado, sentei ao lado de fora onde uns guardas ou seguranças estavam, disseram que lá não tinha atendimento e que ninguém poderia me ajudar e me orientaram a ir até a UPA. Chegando na UPA, estava sem meus documentos, apenas com o bilhete do ônibus especial, pegaram meu bilhete, pedi ajuda, se poderia passar a noite, entendi que poderia ficar, deixaram-me dormir num leito e me deram comida, estava acreditando que no dia seguinte poderia ir embora, era de maior, porém, quando acordei e me arrumei para fazer isso, os caras da UPA não deixaram, tentei argumentar, mas acho que tinham contato da minha família, me seguraram e disseram que, se não voltasse para minha cama iriam me amarrar, disse que estavam errados, foi a primeira vez que fui contido.

Foi uma situação horrível, me senti mal demais, não acreditava naquilo, que estavam me amarrando, fiquei nervoso demais, da UPA me encaminharam para o CAPS, acabei ficando, mas consegui um jeito de fugir do CAPS e, quando isso aconteceu, fui até a Estação Socorro, estava com a ideia fixa da linha do trem, pensava: “da linha do trem eu não escapo”, pensava que iria doer, mas seria a última coisa que iria fazer, que seria a última dor para sentir.

Não aguentava mais sentir dor, aquela dor por dentro, aquele sentimento horrível. Passei pela catraca, entrei e sentei naqueles banquinhos da plataforma, quando o primeiro trem passou calculei a distância, olhando, quando o segundo chegasse iria me levantar e ficar perto da faixa amarela e descer no momento certo para ninguém segurar ou parar o trem.

No momento que chegou o segundo, me levantei, enviei uma mensagem para um rapaz que tocava comigo aqui no CAPS, disse que na próxima vida, se existisse, nós tocaríamos, desliguei o celular pra ele não responder de volta. Fiquei em pé perto da linha e pulei na via no momento que o trem estava chegando, escutei uma mulher gritando, olhei para o trem, o trilho, fiquei deitado, senti o momento em que ele chegou, mas não senti nada, juro, não senti nenhuma dor, mas na minha percepção, na minha cabeça, o trem iria passar e me destruir, iria fazer aquela coisa toda, estranhei, pois vi o trem passando, passando e não estava entendendo nada, fiquei olhando as pedras ao lado dos trilhos e me questionava sobre o que estava acontecendo. Minha cabeça desligou, minha percepção desligou, voltei a consciência com pessoas me segurando e me tirando do trilho. Nesse momento eu senti a dor.

Estava sentindo muita dor e eu não conseguia entender esse tipo de dor, mas não conseguia gritar, era muito forte que meu cérebro não processava direito. Tive fratura no

quadril, perdi o movimento dos meus pés, minha perna movimenta até uma parte. O segurança da linha do trem me deu bronca, dizendo que as pessoas tinham que trabalhar e eu estava fazendo uma loucura como essa, me perguntavam se eu era morador de rua, mendigo, meu nome; estava perdendo muito sangue, não conseguia pensar para responder, não pensava em nada, não queria ser encontrado, queria morrer. Eles falavam para não dormir e apaguei, acordei no Hospital das Clínicas.

Poderia dizer que vivenciar o cuidado no CAPS hoje está sendo melhor do que antes. Não sei dizer a razão, acho que talvez por ter amadurecido, no sentido de perceber que realmente a medicação é necessária, embora não consiga entender profundamente a razão, às vezes não é necessário que entenda profundamente mesmo a razão da medicação em todos os seus detalhes e nuances, mas creio que compreendi melhor hoje a realidade, de que ela é necessária.

Acredito que, através do contato com o terapeuta ocupacional, através dos grupos, vendo e conhecendo outras pessoas, tendo esse diálogo, às vezes repetitivo, sobre as mesmas questões, os mesmos assuntos, tudo isso trouxe um amadurecimento. Já estive de forma mais intensiva no serviço, mas hoje o contato com a terapeuta ocupacional acontece às terças e sextas-feiras em grupos e também nos atendimentos individuais. Tenho atendimentos individuais quinzenais pra ter uma conversa mais íntima.

Tive contato com TO pela primeira vez aqui no CAPS, só que no início não conseguia aproveitar muito. Digo isso porque aproveitei melhor nesse momento, porque o fato de estar na cadeira de rodas me impôs certas limitações pra ficar mais reflexivo, me obrigou a ficar mais reflexivo, agora não tenho mais essas possibilidades que passavam em minha cabeça sobre tirar minha vida. Isso me obrigou a olhar mais para terapia, mudou meu foco. Então, estar em contato com isso, me fez amadurecer mais.

Sobre o atendimento individual e do grupo? Olha, o que gosto mais no momento é o grupo CapsLock que acontece às sextas-feiras, temos uma parte do grupo com escrita poética e discussão filosófica em cima da escrita; gosto bastante dessa discussão filosófica porque são coisas muito reflexivas, isso me atrai. Há outro grupo que é de música que também gosto bastante, ele envolve música, terapia e teatro, isso também me atrai muito, essa questão de música, teatro. Temos construído isso juntos, esse grupo de sexta-feira, o CapsLock é bastante antigo, o outro é mais recente, tenho acompanhado há bastante tempo esse de sexta-feira.

Os atendimentos individuais têm um desafio, pois apesar de conseguir perceber meu amadurecimento, ainda tenho que lutar contra essas ideias, essas ideias, vencer a mim mesmo, porque sou um moço duro, por assim dizer. E, por estar nessa condição limitante, há um grande obstáculo a ser vencido, só que agora vencer ele é grande desafio.

A Marcela e Eduardo são minhas referências. Com a Marcela (TO) converso diferentes assuntos, ela dá bastante atenção, compreendo a intenção, sei que as colocações são super boas e é super bem-vindo, só que lidar com questões estando limitado, ter uma grande vontade de desejar transpor essas limitações e ao mesmo tempo viver as dificuldades dela, das limitações, é uma tempestade.

Eles estão mais próximos e são pessoas que a gente consegue se abrir com o passar do tempo. É claro que às vezes me fecho, mas não é porque quero, porque realmente é muita coisa acontecendo na minha mente. Sinto a diferença da Marcela com relação aos outros, porque é uma pessoa que você sente falta, porque sei que é alguém que está ali para essa realidade, que não reproduz o preconceito da sociedade, é uma pessoa que é uma profissional voltada para essa estrutura.

Sobre a condução dela? É que todos são apaixonados, eu percebo isso, não é porque ela é TO, mas é porque vejo a paixão da pessoa pelo que ela faz, percebemos isso, notar isso na pessoa é diferente. Por exemplo, tive uma consulta em que estava revoltadíssimo com o Dr. Flavio, ele falou uma coisa, não é que me chocou, mas a Marcela estava junto, não me lembro o que falei, mas ele disse algo de uma forma que parecia estar falando por ela e percebi isso ao olhar pra ela, ele disse estar no local como técnico e não por ser bonzinho, foi mais ou menos esse sentido, meio frio e calculista, falando sobre remédio, como um robô e quando olhei pra ela, vi que ela gosta de fazer o que faz, tem um certo sentimento pelas coisas que faz. Ela toca, faz teatro, percebo que há pessoas aqui simplesmente pela obrigação do trabalho, pelo dinheiro e acho que isso toca a outra pessoa de uma maneira diferente.

Sinto que os grupos e atendimentos tem me ajudado a me sentir pelo menos “uma pessoa”, a voltar mais leve pra casa, saber que existe um lugar onde não vou me sentir mal por ser quem eu sou no momento, por mais que eu tenha as minhas dificuldades, aqui é como se eu não as tivesse. Não estou falando só de questões físicas, estou falando de questões psicológicas também, aqui todo mundo é normal. Mas o problema é quando você está do lado de fora, se deparando com alguma circunstância que te coloca em xeque pra mostrar que você é doente, que você tem um transtorno, alguma coisa que te aponte o dedo. O problema é se deparar com essas coisas que irão ser um gatilho.

Aqui dentro não tem problema, é como recarregar umas baterias pra você viver mais um dia lá fora, né? Nós fizemos uma expressão artística, eu estava terminando o trabalho artístico do grupo com a Carla (oficineira), que também passa essa sensação de que gosta muito das coisas que faz. Fizemos uma arte que era primeiro ter que observar uns quadros de Monet, Picasso, Van Gogh e depois retratar através da janela, que era a janela dos nossos olhos uma pintura. Isso é uma coisa muito simples, mas muito terapêutico e como não tinha percebido isso antes. São propostas que trazem uma reflexão, uma sensação boa, agradável.

Me toca na sensibilidade do ser humano. Sensibilidade. As coisas passam muito rápido, parece que às vezes a gente é muito sensível a opiniões, formas de agir, formas de ser tratado, tenho a sensação de que nós somos muito sensíveis a essas coisas.

Para mim, os encontros com Marcela são sempre marcantes, porque venho para CAPS esperando, por mais que não queira admitir isso, sempre venho para recarregar as baterias, é sempre marcante, sempre me toca em algum ponto. Freqüento aqui de terça e sexta-feira, os outros dias que não venho sinto como se tivesse um peso sobre mim, fechado, não consigo desenvolver essa criatividade que desenvolvo aqui, na minha casa.

Por exemplo, tocar em casa, tenho um peso lá, meu vizinho é extremamente religioso e quando vou escutar uma música, ele começa a falar que é música do inimigo, não sei se você conhece esse termo, ele é uma pessoa que poderia estar aqui no CAPS, utilizando o serviço, poderia ampliar esse tipo de pensamento. Ele escuta as músicas dele o dia todo, não tenho nada contra louvores, já fiz minhas pazes com Deus, mas ouvir as mesmas músicas repetidamente acaba irritando, porém ele não percebe esse incômodo que pode gerar no outro, mas se sente atacado quando escuto minhas músicas. Essa situação me reprime ao ponto de não conseguir tocar nem violão em casa. Agora durmo na sala, quando vou fumar na área externa encontro com esse vizinho, porque ele sempre sai na laje enquanto estou fumando, ele quer atenção, falar comigo, porém não sabe que me sufoca com as piadinhas.

O CAPS é um lugar que às vezes passo um nervosinho ou outro, algum atrito entre os usuários, mas é um lugar que vou pra recarregar minhas energias, literalmente não tem outro lugar.

Junto a TO? Significativa? Tem uma TO que é psicóloga, ela já foi minha referência, a Amélia, uma pessoa super parceira. Agora eu fiquei confuso. Porque a outra foi muito marcante e ela já foi minha referência. Porque sei que ela é psicóloga, mas, não, acho que ela não é terapeuta não. Ela é psicóloga. Então, tem que ser TO né? Então, deixa eu ver aqui.

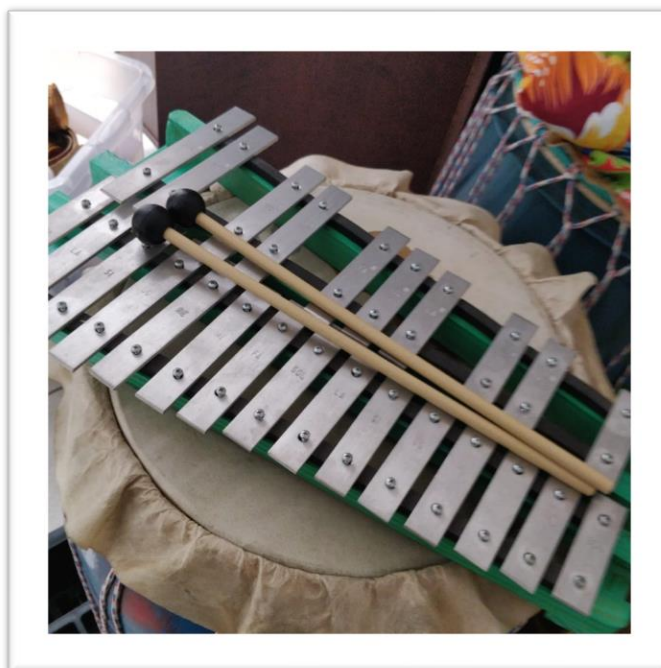
Teve uma conversa, as nossas conversas, pra ser mais exato, são muito marcantes pra mim, que alcançam uma profundidade, gosto de ter essas profundidades nas conversas e não é o tipo de profundidade que consigo alcançar com qualquer outra pessoa e com a Marcela e Eduardo eu consigo. Os atendimentos com Marcela são voltados pra conversa porque estou resistindo ainda, me sinto um pouco bloqueado, ela sempre propõe algo, como umas saídas, fico muito isolado em casa, ela já propôs me acompanhar. Ela tem tentado fazer esse tipo de movimento comigo, porque me sinto muito mais seguro em casa e no CAPS. Marcela também já trouxe sobre voltar a tocar, várias coisas, mas depende das minhas aberturas também, isso é muito importante. Trouxe sobre a questão da cadeira de rodas, sobre o acento para não surgir escaras, ela tem toda uma preocupação muito significativa e detalhada, porque ela é especializada, já trabalhou com pessoas cadeirantes. Ela é uma profissional bem indicada para o meu caso, fico triste por não me abrir para essas possibilidades, porque às vezes perco a cabeça com nada, não consigo explicar.

Observo as circunstâncias e vejo que tem pessoas que estão tendo alguma dificuldade mais severa e cada coisa que enfrentam, estão se esforçando, vocês estão fazendo um excelente trabalho.

Fotografar, estou procurando alguma coisa aqui. Eu só consigo pensar no violão, me lembro porque ela toca também.

Melina

Fotografia 2.



Provocações que mostram caminhos

Meu nome é Melina, tenho 23 anos, nasci aqui em São Paulo, sempre morei aqui, no Grajaú e moro com minha mãe e meu sobrinho mais velho. Tenho um irmão mais velho e dois sobrinhos que são filhos de mães diferentes.

É bem difícil falar disso, da minha rotina, principalmente pelos motivos de estar no CAPS, do meu processo de tentar fazer muitas coisas e não conseguir realizá-las, não conseguir ter foco. Gosto de jogar, estudar, estudar os instrumentos, tenho os instrumentos musicais, tenho o curso, mas não consigo focar e não sei o porquê. As coisas até mais simples como assistir, por vezes parece ser algo impossível. Há dias que é muito difícil ler, desenhar, escrever.

Em casa normalmente fico andando de um lado pro outro, esperando o tempo passar. Antes da mudança da medicação eu dormia muito, após o ajuste isso mudou, só que com isso, de não dormir a maior parte do tempo, tenho que enfrentar tudo de uma forma mais difícil, né? Que é aqui, acordada, não conseguindo preencher meu tempo com nada.

Acho que sempre foi um pouco difícil conseguir fazer algumas coisas, mas, há algum tempo, elas estavam bem mais difíceis. Quando cheguei ao CAPS, fui encaminhada pela minha terapeuta da UBS, ela me encaminhou e colocou “ideação suicida” na descrição do meu caso, porque já tinha tentado suicídio. Tentei suicídio quando tinha 15 anos; quando fui

remarcar atendimento com minha terapeuta, disse pra ela que estava sentindo que iria tentar novamente, que eu já sabia o que tinha feito de errado e que dessa vez não iria falhar e que precisava de ajuda, ela então me entregou o encaminhamento para o CAPS na intenção de tentar evitar que algo acontecesse. Tudo isso foi há um ano e meio atrás.

Nessa tentativa, minha mãe não sabia o que tinha ocorrido, como eu tenho diabetes, apliquei insulina demais, intencionalmente, sabendo que iria me fazer mal, acabou que tive um mini AVC. Minha mãe pensou que a causa disso foi devido a diabetes e disse para ela que não foi isso. Nada aconteceu, eu só senti...

Acho que sempre senti que nada tinha muito sentido, tentei segurar até onde deu e aos quinze anos, pra mim, foi até onde segurei, foi onde tentei e falhei. Estava novamente em situações pensando muito nisso, porque agora eu já sabia a dosagem de insulina que tinha aplicado, uma seringa não é o suficiente, poderia aumentar e já sabia que seria o bastante. Porém, pensei na minha família que está passando por um processo, sentia que não era certo fazer isso com a minha mãe. Cheguei até aqui, eu segui.

Até uns seis, quatro meses depois que isso ocorreu, a nutricionista na UBS pediu para minha mãe procurar uma psicóloga, porque para ela parecia que eu não estava desejando cuidar de mim mesma, da minha alimentação, da diabetes e tudo mais. Minha mãe acabou procurando uma psicóloga e fui atendida por ela algumas vezes, de uma área especializada, focada em obesidade. A gente chegou também no assunto do TOC, porque tenho também essa questão que sempre me incomodou bastante e de lá, essa psicóloga me encaminhou pra atendimento com uma terapeuta da UBS de referência. Fiquei um tempo sendo atendida por ela e, tempo depois, iniciei acompanhamento com psiquiatra.

Conseguí terminar meus estudos, tenho curso superior em gestão de tecnologia e informação, mas sei lá, parece que era tudo forçado, sabe? Naquele momento eu ainda conseguia colocar máscara no rosto, fingir, fazer, atuar. Segui até onde aguentei e concluí o curso. Não me interessava pela área, a gestora de onde trabalhava dizia que eu entendia muito de tecnologia, que deveria fazer alguma coisa, que o tempo estava passando, ela ficou pressionando, então eu fiz.

Esse processo que minha família ainda está envolvida é um processo de divórcio que não é muito amigável, eu estava ajudando a minha mãe na questão dos documentos e tudo mais, era tudo que dava pra fazer. Só que estava me sentindo muito perturbada, já não estava conseguindo fazer as coisas com muita facilidade, aí foi piorando, piorando e até agora não consigo fazer as coisas com muita facilidade. Às vezes, quando eu acordo naquele dia com

a “vontade”, tento aproveitar o máximo pra conseguir fazer qualquer coisa, porque pode ser que nas próximas duas, três semanas eu não vá conseguir fazer nada.

Aproveito fazendo as partituras, muita partitura, só não faço mais porque minha mão não aguenta. Tento assistir alguma coisa ou jogar também, mas o foco mesmo é na partitura, porque quero muito aprender a tocar os instrumentos que tenho em casa. Eu toco bateria, isso toco mesmo, porque eu tocava na igreja, as partituras entendo bem a de sol, fá, a do teclado e baixo também; tem a de dó e a de sol, consigo ler bem a parte teórica, mas a parte prática...Tem outras coisas que entram nesse meio aí, que é um medo excessivo de tentar e fracassar.

Tenho os rituais de ficar conferindo várias vezes porta, maçaneta, interruptor, janela, torneira, mesmo sabendo que já verifiquei, que estou vendo que a luz está apagada, eu fico nesse processo por muito tempo.

Eu gosto do CAPS, acho que se não fosse o CAPS já tinha colocado mais insulina, tenho sustentado e gosto de estar aqui. Às vezes é difícil levantar e vir pra cá, mas aqui dá uma distraída, mesmo que tenha um pano de fundo que perturba. Aqui tem outras coisas para distrair.

Pano de fundo num sentido de... não sei, ter alguma esperança de viver, sabe? De saber o que é viver. Porque não acho que o estado em que estou ou em qualquer outro momento que eu tive eu vivi. Falo que estava existindo, talvez em algum momento sobrevivendo, mas viver, não e aí penso que: “Ah, deve ser bom, né? Todo mundo fala em viver, deve ser bom”, então não é que eu quero morrer, eu quero viver, mas eu não consigo, é diferente e vir pra cá, acho que é um jeito de tentar.

Por exemplo, às vezes estou na atividade, conversando, mas sinto ou lembro, fico pensando em outras coisas ou então a gente está num diálogo de alguma coisa, de algum plano e tem uma discussão na minha cabeça falando que não vai dar certo, fico tentando convencer, acaba sendo muita coisa para conciliar, mas tenho tentado.

Aqui no CAPS? Terapeuta ocupacional? Que eu saiba, quando cheguei aqui não tive contato direto com TO, que eu me lembre. Tinha a Camila, mas eu não tinha contato com ela, acho que o primeiro contato foi a Marcela, me lembro até hoje que foi bem legal. Estávamos lá fora e uma outra pessoa que é da SRT que tem dificuldade pra falar e que gosta muito de ficar perto estava comigo desenhando alguma coisa no papel e a Marcela chegou junto para ver e conversar também. Ficamos conversando e foi a primeira vez que a gente trocou ideia, depois foi nos grupos, mas, antes dos grupos, sempre brincava com ela, porque

mesmo não sendo minha referência, ela tinha o costume de passar e só cumprimentar as referências dela, aí eu falava: “Tem que falar com todo mundo”. Algumas vezes eu fiz isso e depois passamos a nos encontrar nos grupos, o CapsLock e o Auê na Toca.

A Marcela sempre tenta motivar, qualquer coisa, dá para sentir aquela energia dela. Ela faz isso nos grupos e sempre dá aquela provocada que faz a gente ficar pensando, fez isso várias vezes...

No grupo CapsLock, que surgiu primeiro, antes do Auê, construímos textos e nele consigo expressar mais o que estou sentindo. Normalmente, o que estou sentindo não é muito bom e nisso a Marcela sempre trazia uma provocação para pensar, de questionar se algo também não teria um lado bom, será que é só o lado ruim mesmo? Enfim.

No grupo Auê, esse já é um grupo mais recente, ela continuou com as provocações, só que ela sabe da minha dificuldade, pelo menos crédito que sabe, do meu processo de tentar realizar as coisas e ter esse medo de falhar. A Marcela tenta me incentivar a fazer e tem surtido um efeito se parar para ver. Ela sugere, olha, brinca, nesse grupo, ela sabe do meu interesse pelo teclado, ela me apresentou o “cloque”, que tem a separação do teclado; ela chegou me dizendo que parecia com o teclado, propôs a mim conhecer instrumentos novos que se aproximavam do que eu conhecia e sabia tocar. Ela vem propondo as coisas que ela sabe que gosto para tentar fazer me movimentar.

Esse Grupo Auê, é um grupo de musicoterapia e teatro, para mim ele funciona justamente nessa questão de não ter medo de errar, de tentar e ele é um dos grupos mais engraçados e divertidos que tem também. Eu acabo pensando que é possível ser os dois, ou seja, posso tentar e mesmo que errar vai ser divertido, engraçado nesse caso e tenho conseguido fazer algumas coisas, pequenos passos, coisas que não fazia quando o grupo começou.

Comecei a participar desse grupo por causa dos meninos, para tentar motivar eles, não foi nem por mim, porque eu não queria ir lá pegar algum instrumento, tocar e errar ou dizer “eu não consigo”, mas comecei a participar, a fazer os jogos do teatro e continuei a frequentar, se fosse antes, ficaria sentada na roda olhando, fazendo o mínimo possível e agora não, estou participando, consigo sentir, ver essa diferença, não participo completamente ainda, não tenho aquela liberdade e segurança de pegar um instrumento e tocar, de falar “poxa, eu conheço vocês, estudei vocês”, mas consigo fazer algum jogo, participar da parte do teatro.

O grupo de sexta-feira é mais complicado, porque depende muito de como estou me sentindo, do meu individual. Como me expesso bem escrevendo e falando não muito, depende muito de como estou me sentindo. Às vezes o tema é proposto e prefiro que seja, porque facilita, há um caminho, quando o tema é livre, é mais difícil pra mim, porque às vezes posso estar com uma única coisa na cabeça ou muitas coisas na cabeça e acabo não conseguindo escrever sobre nada. Após o momento de escrita tem o momento de fala, tem sempre aquela análise, uma discussão com todo mundo e, muitas vezes, os assuntos se conversam, às vezes, mesmo sem ter um tema específico, acabo tirando várias conclusões, o que é legal.

Algo que a gente fez? Tudo que a gente fez foi daquele momento no grupo, sabe? Mas já cheguei a ter umas conversas que até achei esquisito, porque eu realmente não sou muito de falar sobre mim mesma e da minha família, das minhas coisas. Num dia de plantão da Marcela, simplesmente sentei lá e a gente conversou bastante, me senti muito confortável conversando com ela, o que é muito estranho.

Foi estranho porque não me senti desconfortável, consegui falar alguma coisa, normalmente minha cabeça fica toda branca e não sai nada, depois fui parar para pensar nisso em casa. Ela sempre está atenta ao que a gente está falando, presta muita atenção como se fosse a coisa mais importante do mundo, apresentou o interesse do que estava falando, perguntou sem parecer uma pergunta, não parece algo programado e sim pergunta de interesse dela. Ficamos conversando, um diálogo que não parecia ser com uma profissional, não é que não é profissional, é que nós temos uma visão que parece que profissional não tem problema e também sabemos que não é verdade, sabemos disso. Só que quando acontecem situações como essa, dessa conversa espontânea, pensamos que não parece ser um profissional detentor do saber, mas simplesmente alguém que se importa.

Tenho muita dificuldade para diferenciar TO de psicólogo, porque é muito parecido. Qual que é a diferença? Não sei, na verdade a Marcela já me falou, inclusive várias vezes, e não consigo me lembrar. Sinto a proximidade dela, mas não só comigo, sinto com os usuários em geral, nos dias do plantão dela por exemplo, ela fica conosco, propõe alguma atividade para distrair os usuários com violão, cantando o que ela gosta ou também fazendo outra coisa. Os outros profissionais são mais reservados, mas não sei dizer também se não seria uma característica própria da Marcela ou se seria algo no geral. Ela tem proximidade, sabe?

No grupo Auê me marca muito as provocações, falo provocações porque, no momento, fico brava às vezes, mas depois fico pensando e entendo o que ela fez, de incentivar a pensar em outras possibilidades, porque é tudo muito pessimista dentro da minha cabeça e quando ela fala, me mostra outra possibilidade e acho que ficar pensando sobre isso me ajuda um pouco.

Fora do CAPS? minha cabeça não para fora do CAPS, não tem distração lá fora, se sair daqui com alguma coisa que aconteceu no grupo, uma conversa com ela, eu vou levar para casa comigo, tenho alguma coisa para lembrar a perturbação, para ter na minha cabeça, isso me ajuda. Falo bastante em tentar, que estou tentando, quando consigo fazer uma partitura, provavelmente foi porque nesse dia eu consegui refletir em alguma coisa diferente e tive força suficiente para fazer isso.

Um ponto específico? Família.

Pensando na Marcela de novo, foi sobre o que conversei com ela. Ela tem os filhos dela e eu tenho os meus sobrinhos, nós começamos a falar de criança e ficam as duas conversando, acho que família porque foi algo marcante para mim, pois não gosto muito de falar da minha família, não é que não goste, é que já tive muitos problemas, principalmente nos últimos dois anos e é meio complicado falar e não sei como explicar para as pessoas. Mas com ela consigo falar sobre isso, ela escuta e demonstra aquilo de novo, o interesse. Ela escuta, pergunta. Por exemplo, teve um dia que perguntei para ela o que aconteceria se meu pai quebrasse a medida protetiva e ela foi me ajudando a pensar se não teria como chamar a polícia, me ajudou a encontrar uma solução. Em outros momentos ficamos conversando, ela mostrou as fotos da família dela, dos bichinhos e é sobre isso que eu falo, dela não parecer um profissional, parece gente como a gente.

Quando eu penso na Marcela, logo de cara penso nos filhos dela, em família, espontaneidade, ela é quem ela é, não parece ter uma máscara que normalmente os outros profissionais têm. Ela não sabia do que estava passando com relação a minha família e com ela fui conseguindo abrir sobre isso, falei do meu irmão, dos meus sobrinhos, da idade deles, do que eles gostavam, faziam e ela foi falando dos filhos dela também.

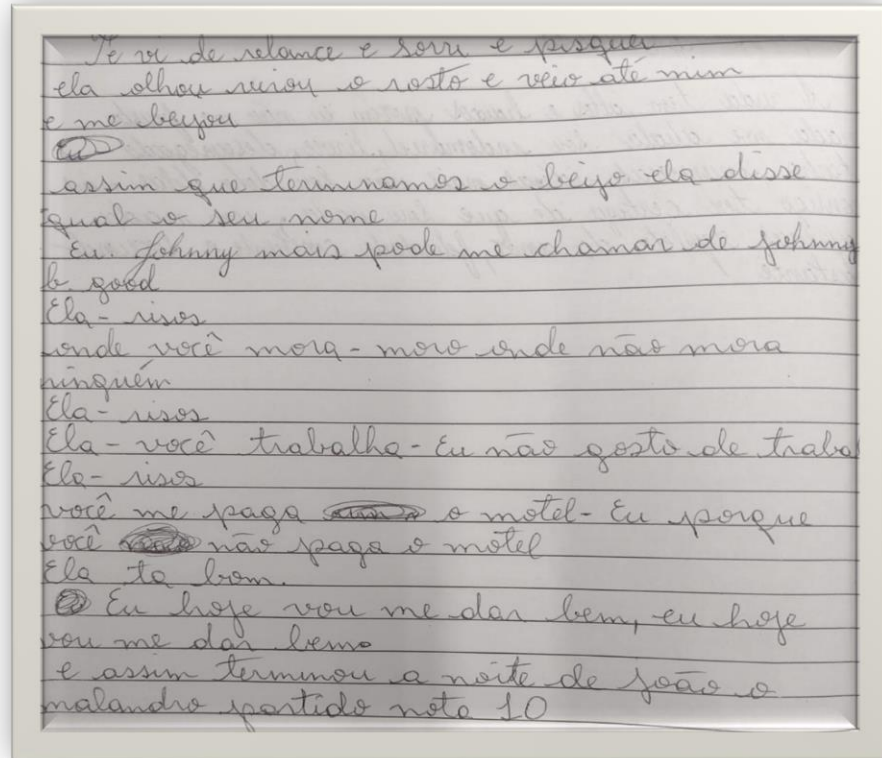
Um dia, a Marcela junto com a Helena (assistente social) nos levou a um sarau, só que não é um sarau, era só leitura do Sérgio Vaz, comemorando o aniversário dele. O Sergio Vaz estava lá, as pessoas recitavam sabe? Já viu o Slam do 13? Então é meio que isso. Nós fomos com elas, foi um convite da Marcela, nos trouxe até uma estação aí pensei: “essa pessoa não é igual às outras pessoas, não é igual aos outros profissionais”. Foi numa terça-

feira e ela também nos deu um livro do Slan do 13, fiz a leitura do livro todo, muito bom. Só que o livro não está comigo, está com um dos outros dois colegas que foram também. A Marcela tem essa pegada meio...eu falo que ela é doida que nem a gente.

Ela é diferente, você não vê outro profissional sugerir isso, ela estava fora do horário de trabalho, foi lá por nós e estar naquele local, não que nos outros momentos a gente não se sinta, mas naquele dia parecíamos estar na normalidade da sociedade, uma das coisas que queremos é ser reintegrados.

Jean

Fotografia 3.



A malandragem

A arte de Dom Juan

Meu nome é Jean, tenho 33 anos, nasci aqui em São Paulo-SP, moro na quebrada, na favela Vila São José, sempre morei lá. Moro com meu pai, minha mãe e irmão.

No meu dia a dia saio para andar de skate, só que aproveito a “hora dos carros” para ganhar dinheiro, me apresento com o skate, na Vila São José mesmo, temos uma pista de skate. Gosto de ler também, leio bastante, escrevo poesia, só que as últimas que escrevi acabei rasgando, porque a pessoa a qual apresentei não deu muito valor.

Meu pai trabalha de cambista no jogo do bicho e minha mãe é dona de casa; minha mãe fica em casa e meu pai vai trabalhar. Eu trabalho também, olho os carros perto da pista de skate, de segunda a sexta-feira. Comecei nesse trabalho quando precisava de dinheiro, pois, tinha vontade de fumar um baseado e não tinha dinheiro para comprar, tive que correr atrás, já trabalhei no Mac Donald e Bar do Fidelis também.

Me trouxeram para o CAPS porque eu tinha esquizofrenia e transtorno bipolar, sou esquizoafetivo, falaram que aqui iria me recuperar, só que não me recuperei. Este foi o primeiro CAPS que acessei, cheguei aqui em 2014. Comecei a acreditar que era Deus, que tinha super poderes, comecei a abraçar mendigo, a andar sujo e também a ter medo de andar pelas ruas. Meu pai então me trouxe até aqui, fomos orientados pela equipe da UPA; só que eu acho que já estou curado, me vejo bem.

Esse aqui é o visual do malandro, *“Trabalhar, trabalhar pra quê, se eu trabalhar eu vou morrer. A polícia me prendeu, o delegado me soltou, para de prender malandro e vai prender trabalhador”*. Me identifico com ele, essa foi a primeira guia que recebi, essas são minhas cordas de proteção, é de Ogum, vestimenta de Ogum, minha primeira consagração, com essa vestimenta e guia. Sigo a Umbanda e pra mim tem muita importância, me traz o sentido de prosperidade, quando soltei os passarinhos na natureza, naquele dia todos os meus caminhos se abriram e trouxe a promessa de um dia eu ser um grande escritor e estou na ativa, só falta publicar meu livro, que já escrevi.

Me identifico com a figura do malandro porque carrego a malandragem, essa arte de “Dom Juan”, mesmo tomando remédio consigo exercer minha libido.

Acho que precisamos de mais terapia aqui no CAPS, uma proposta de respiração alotrópica, meditação vipassana, para tratar a doença mesmo. Porque a esquizofrenia é uma doença passageira, ela e o transtorno bipolar, acho que se abrissem espaço pra isso, iria ser bom para os usuários.

A Marcela e Gustavo são excepcionais. Achava que Gustavo era terapeuta ocupacional, o moreno alto, do grupo CapsLock e não oficineiro.

Sobre o sentido de estar aqui no CAPS? Sentido pra mim, na verdade, seria estar trabalhando, frequentando o “puterinho” que eu gosto de frequentar, o xamanismo, junto com a Umbanda e depois, aos finais de semana, tomar ayahuasca. Eu gosto de paquerar, frequento as lanchonetes, os barzinhos por aí e saio paquerando.

No CAPS eu tenho contato com a Marcela, com a Sabrina e Gustavo. A Sabrina não é TO? Ela é o quê então? A Fabiana, aquela de cabelo cacheado é TO? Eu não sabia, achava que ela era psicóloga, ela é muito gente boa, fala próximo da gente, é afetuosa. Encontro a Marcela toda sexta-feira no grupo CapsLock, mas minha referência é o Armando.

No grupo cantamos, a Marcela traz coisas para comermos de vez em quando, ela dança, fazemos poesia, ela toca para dançarmos. Vejo ela sempre quando chego aqui no CAPS, ela é mais extrovertida e tem o fato do contato, dela ser simpática, quebra um pouco

o gelo. Vou embora mais leve e até escrevo melhor, acabo escrevendo e lendo melhor, com mais atenção.

Percebo o quanto o grupo me ajuda com a escrita, produz em mim alegria, porque venho aqui, vejo meus amigos e quando vou embora consigo cumprir meus compromissos, fico mais motivado para escrever, para ver minhas paqueras e ir na terra de Umbanda.

O momento que mais me marcou do contato com o grupo e Marcela foi no quando estava escrevendo o meu livro, pois quando estava no grupo conversava com eles, escrevia meus textos e chegava em casa com inspiração e ideias para escrever. Eles estavam comigo o tempo todo. Chego aqui e consigo descontraír, volto para casa mais feliz. Tem uma poesia que escrevi que você poderia fotografar, tem duas até se quiser ver.

Eu tenho uma sugestão, eles poderiam focar em respiração holotrópica, uma técnica de Ken Wilber, é uma respiração para rememorar, para trazer as vidas passadas para fora.

Na verdade, eles me dão mais inspiração para ficar em casa lendo e escrevendo, para ficar dentro de casa, trancado, do que ficar saindo, fazendo outras coisas. Mas eu acho que vou fazer a segunda opção, conseguir um emprego e sair de casa, quero morar sozinho. Aprendi primeiro a morar sozinho, a lavar uma casa, uma roupa, cozinhar.

4.3 Temas, subtemas e categorias

Os dados analisados, conforme apresentados no Quadro 2, partiram do estudo do eixo temático “Processos de cuidado em terapia ocupacional” que, a partir da análise do conteúdo das transcrições das histórias orais de sujeitos das ações da terapia ocupacional em saúde mental, foram encontradas regularidades discursivas que delinearam três temas que, por sua vez, configuraram três categorias e seus respectivos subtemas.

Quadro 2. Eixo Temático e seus respectivos temas, categorias e subtemas.

Eixo temático	Categorias temáticas	Subtemas
Processos de cuidado em terapia ocupacional	História de vida <i>“Cheguei até aqui, eu segui”</i>	Contexto familiar
		Sofrimento psíquico
		Cotidiano
		Autonomia
	Relação com o CAPS <i>“Todo mundo fala em viver, deve ser bom”</i>	O normal
		O dentro e o fora do CAPS

	Encontro com a Terapia ocupacional <i>“Essa pessoa não é igual a outras pessoas, não é igual aos outros profissionais”</i>	Contato com a terapia ocupacional
		Contato com a terapeuta ocupacional
		Vivência em grupo
		Vivência individual
		Sentidos atribuídos
		Ação que marcou na trajetória na terapia ocupacional

Categoria 1: “Cheguei aqui, eu segui”

Sobre o tema história de vida, são apresentadas questões destacadas pelos participantes como o contexto familiar, o atravessamento do sofrimento psíquico, as mudanças em suas vidas e a necessidade de buscar outras formas de existir. Essas mudanças são evidenciadas ao relatarem sobre seus cotidianos e autonomia.

Essas narrativas são aspectos importantes para a análise da história de vida de sujeitos, que trazem questões fundamentais que devem ser esclarecidas antes de se avançar na proposta deste estudo, que é compreender as ações de terapeutas ocupacionais atuantes no campo da saúde mental, focalizando os processos de cuidado em terapia ocupacional segundo as perspectivas desses atores.

Abrir espaço para a história de vida desses participantes tem a intenção de tornar genuíno aquilo que trazem, fortalecendo o discurso, mostrando a relevância das histórias e os impactos que elas têm, pois como afirma Venturine (2016): “A voz dos usuários é ainda escassamente representada, prevalecendo a voz dos libertadores que falam no lugar dos libertados” (p.79).

Nesta perspectiva, temos as comunidades de fala – metodologia inspirada pelo Movimento de Recovery, que se tornou conhecida a partir da década de 1980 nos EUA, com a mobilização de usuários de serviços saúde mental a favor da dignidade, acesso a tratamento e inclusão social – que busca pontos comuns entre os participantes incentivando-se a autonomia, protagonismo e empoderamento dos usuários, trocas de experiências, dentro das premissas da reabilitação psicossocial (Costa; Noal, 2017).

Diante disso, reforça-se a importância de caracterizarmos tais atores, ou seja, os sujeitos das ações da terapia ocupacional, a partir de questões trazidas por eles mesmos. Iniciando tal

análise pelo contexto familiar, vetor importante na subjetivação dessas pessoas, é destacado na forma de apresentar-se, relacionando-o à convivência de moradia, com familiares de diferentes graus de parentesco:

Eu moro atualmente com meu pai, minha mãe e minha tia, irmã do meu pai (Pedro)

Meu nome é Melina, tenho 23 anos, nasci aqui em São Paulo, sempre morei aqui, no Grajaú e moro com minha mãe e meu sobrinho mais velho. Tenho um irmão mais velho e dois sobrinhos que são filhos de mães diferentes (Melina).

Meu nome é Jean, tenho 33 anos, nasci aqui em São Paulo-SP, moro na quebrada, na favela Vila São José, sempre morei lá. Moro com meu pai, minha mãe e irmão (Jean)

O morar na mesma casa, com a família, tolhe Pedro da liberdade que tinha antes de acontecimentos que o tornaram, de certa forma, dependente de outras pessoas. O relato a seguir indica as diferenças de possibilidades colocadas à vida de Pedro que morava sozinho, no mesmo terreno que os pais, mas tendo seu espaço individual, com privacidade e autonomia para fazer suas atividades.

Sempre morei com eles, falo assim, porque eu costumava morar nos fundos e tinha uma certa liberdade, era uma casa meio acoplada, mas separada, nos fundos, agora estou na mesma casa devido à deficiência física que tenho no momento e que não tinha anteriormente. [...] Me sinto muito como se estivesse amarrado em casa, não consigo tocar um violão, adoro tocar; não consigo ouvir uma música, fico transitando [...] (Pedro)

O cenário atual, com uma deficiência física adquirida após uma situação de crise, de sofrimento psíquico intenso, impõe a Pedro o retorno à casa dos pais. O convívio familiar não equivale ao convívio social maior, almejado por Pedro:

Não tenho muitos amigos, na verdade, não tenho nenhum. Tem pessoas que eu conheço aqui, a Amélia e o Elizeu, tenho mais intimidade, são pessoas amigas. Me sinto melhor quando eu venho no CAPS, é uma distração para minha mente, acabo saindo um pouco daquela rotina de casa. Aqui cada um tem o seu transtorno e não fica reparando muito se você comete algum deslize [...] (Pedro)

No relato acima, notamos desconforto de Pedro em relação ao controle que sente no ambiente familiar. Pelo relato do participante não é possível afirmar o tipo de controle exercido pela família ou até mesmo que ações dos familiares fazem com que se sinta avaliado por eles. É importante considerar que a convivência da família com a pessoa em sofrimento psíquico nem sempre é harmoniosa, pode ser permeada por tensões e conflitos, pois é no espaço familiar que comumente as emoções são facilmente mais expressas (Moreno, 2013).

Em relação à pessoa com sofrimento psíquico, existem familiares que, pela excessiva preocupação e cuidado, acabam por ter ações de controle para com o sujeito. Existem também familiares que o colocam como incapaz, irresponsável e até mesmo perigoso, sustentando a lógica manicomial (Constantinidis; Andrade, 2015).

Além disso, a partir do advento do sofrimento psíquico e suas consequências, a família é referência de moradia, de ajuda, ao mesmo tempo que pode tolher a liberdade e/ou sobrecarregar os sujeitos em sofrimento com seus conflitos. O morar com a família traz envolvimento com as questões familiares e, no caso de Melina, com participação ativa e importante na resolução dos problemas, até o momento em que é fragilizada pelo sofrimento psíquico:

Esse processo que minha família ainda está envolvida é um processo de divórcio que não é muito amigável, eu estava ajudando a minha mãe na questão dos documentos e tudo mais, era tudo que dava pra fazer. Só que estava me sentindo muito perturbada, já não estava conseguindo fazer as coisas com muita facilidade, aí foi piorando, piorando e até agora não consigo fazer as coisas com muita facilidade (Melina).

No caso desta participante, por talvez não entender os comportamentos do sujeito em sofrimento, a família pode acabar por cobrar funções e ações para as quais a pessoa não esteja bem e se sinta inapta a realizar (Covelo; Badaró-Moreira, 2015). O desconhecimento da família diante de um familiar em sofrimento psíquico fica evidenciado na história de Pedro, quando os familiares ficam confusos quanto à crise que ele apresenta e o pai ganha destaque ao ajudá-lo neste momento, assim como o pai de Jean:

Acontece que ninguém sabia o que eu tinha, minha família não tinha informações para essas questões, fiquei muito tempo bebendo e vagando por aí. Me lembro quando fui ao escritório da empresa, que era na Avenida Paulista resolver essas questões da saída do emprego, não estava em condições, meu pai teve que me acompanhar, estava muito desorganizado (Pedro).

Meu pai então me trouxe até aqui, fomos orientados pela equipe da UPA [...] (Jean).

Podem ser muitas as dificuldades enfrentadas pelas famílias de pessoas em sofrimento psíquico e, por isso, também necessitam de um espaço de acolhimento. Sabemos que, geralmente, são os familiares que identificam algum problema e buscam auxílio nos serviços de saúde e, muitas vezes, são responsáveis por alguns manejos no cuidado no cotidiano e autonomia do sujeito na gestão do próprio tratamento (Constantinidis; Andrade, 2015). Alguns podem necessitar de medicação assistida pelo familiar; além de suporte nos momentos de crise e agravamento do quadro sintomatológico. Por isso, a assistência e suporte psicossocial aos familiares têm importância fundamental, pois é nesse cotidiano partilhado com a pessoa em

sofrimento psíquico que os familiares enfrentam problemas, dificuldades, dúvidas ou eventos adversos que podem afetá-las consideravelmente (Constantinidis; Andrade, 2015).

Para Melina e Pedro, o sofrimento psíquico torna-se insuportável e não há alternativas, linhas de fuga para outras possibilidades de existência, de seguir a vida:

Não aguentava mais sentir dor, aquela dor por dentro, aquele sentimento horrível. Passei pela catraca, entrei e senti naqueles banquinhos da plataforma, quando o primeiro trem passou calculei a distância, olhando, quando o segundo chegasse iria me levantar e ficar perto da faixa amarela e descer no momento certo para ninguém segurar ou parar o trem (Pedro).

Nessa tentativa, minha mãe não sabia o que tinha ocorrido, como eu tenho diabetes, apliquei insulina demais, intencionalmente, sabendo que iria me fazer mal, acabou que tive um mini AVC. Minha mãe pensou que a causa disso foi devido a diabetes e disse para ela que não foi isso. Nada aconteceu, eu só senti... (Melina)

Estava novamente em situações pensando muito nisso, porque agora eu já sabia a dosagem de insulina que tinha aplicado, uma seringa não é o suficiente, poderia aumentar e já sabia que seria o bastante. Porém, pensei na minha família que está passando por um processo, sentia que não era certo fazer isso com a minha mãe. Cheguei até aqui, eu segui (Melina).

A discussão a respeito do sofrimento psíquico relatado pelos participantes é considerada a partir de reações extremas como tentativas de suicídio (Pedro e Melina) ou reações exacerbadas de potência (Jean), mas que, diante de vínculos com familiares ou amigos, há um resgate, mesmo que ínfimo, da possibilidade de seguirem em frente com suas vidas, com o cuidado oferecido a eles.

Assim, a partir dos relatos, podemos notar o papel importante das famílias na condução da vida dos participantes, pessoas em sofrimento psíquico, assim como podemos inferir que as famílias ocupam um lugar contraditório nos relatos, ou seja, se por um lado são elementos importantes no cuidado, por outro lado, o espaço familiar apresenta-se como lugar de controle e/ou adoecedor.

Em relação ao sofrimento psíquico que, na perspectiva deste estudo, é um dos vetores fundamentais que imprime força que, em combinação com outras forças, afeta o sujeito em um processo que repercute no seu modo de existência:

A realidade, pra mim, até hoje é dura de suportar, chegou num ponto o qual comecei a trazer para minha mente, não sei como comecei a trazer, se foi algo sugerido por vozes, não sei de onde surgiu essas coisas, essas realidades sugestivas que aparecem, assim, do nada, que seria a possibilidade de tirar minha própria vida [...]. (Pedro).

Quando cheguei ao CAPS, fui encaminhada pela minha terapeuta da UBS, ela me encaminhou e colocou “ideação suicida” na descrição do meu caso, porque já tinha tentado suicídio. Tentei suicídio quando tinha 15 anos; quando fui remarcar atendimento com minha terapeuta, disse pra ela que estava sentindo que iria tentar novamente, que eu já sabia o que tinha feito de errado e que dessa vez não iria falhar [...] (Melina).

Ambos participantes expressam desesperança e pensamentos de morte, com ideação e planejamento suicida. Sabe-se que o comportamento suicida é uma das principais causas de lesões e morte em todo o mundo, tanto que é considerado um problema de saúde pública (Brasil,2006; Nock *et al.*,2008). O suicídio pode ser compreendido como uma manifestação do ser humano, uma maneira encontrada pelo sujeito de lidar com o sofrimento, uma fuga de sua existência, um escape para a dor (Miller *et al.*, 2017). Melina e Pedro fizeram tentativa de suicídio, que trata-se do envolvimento em comportamento potencialmente autolesivo em que há, pelo menos, alguma intenção em morrer (Nock *et al.*,2008; Santos,2019). Falamos em “ao menos alguma intenção em morrer” porque a tentativa de suicídio tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho que não é fatal (Bertolote, Mello-Santos; Botega, 2010; Santos,2019). Nesse caso, os sujeitos dessas histórias adentraram o CAPS com histórico prévio de tentativa ou ideação, traduzindo a zona limite e intensidade do sofrimento ao buscarem ajuda. Acompanhamos nessas histórias o trânsito que cada um dos participantes fez pela rede de saúde. Melina teve encaminhamento da UBS para o CAPS; Pedro foi assistido por hospitais e também UBS até chegar ao CAPS.

Esses sujeitos que cometem a tentativa de suicídio, assim como Pedro, quando chegam ao CAPS, por vezes, trazem relatos do que vivenciaram em outros serviços – locais urbanos, serviço de urgência/emergência, enfermarias, unidades básicas e outras – em que são desconsiderados, humilhados, trazendo mais dor nesse momento de fragilidade.

[...] O segurança da linha do trem me deu bronca, dizendo que as pessoas tinham que trabalhar e eu estava fazendo uma loucura como essa, me perguntavam se eu era morador de rua, mendigo, meu nome; estava perdendo muito sangue, não conseguia pensar para responder, não pensava em nada, não queria ser encontrado, queria morrer (Pedro).

Nessas abordagens, além da não compreensão desse outro que está em sofrimento e das medidas extremas tomadas, podemos adicionar discussão sobre o fato de Pedro ser um homem negro, o que pode ter afetado o tratamento destinado a ele neste momento.

Além disso, estudos apontam que o racismo estrutural é um causador de sofrimento psíquico e, ao mobilizar os marcos normativos e compreensão de que a saúde e saúde mental não pode ser pensada coerentemente sem a consideração dos fatores sociais que a circundam, é esperado e necessário dar a importância devida dos efeitos do racismo sobre os determinantes sociais de saúde e mais diretamente no sofrimento psíquico (Faustino, 2017).

Como estratégias de manejo prevenção e posvenção ao suicídio para com usuários que fazem acompanhamento em CAPS, é apontado importância da atenção a família do sujeito, pois

pode servir como rede de proteção ao risco de suicídio; atuação em rede, com comunicação ampla e efetiva entre os serviços, cada setor que faz parte da rede do município como Hospital, Unidade Básica de Saúde (UBS) (Muller *et al.*, 2017). Ressalta-se a importância da articulação de ações de forma integrada e efetiva, compreendendo as diferentes manifestações do saber e práticas em saúde mental que cada profissional pode contribuir. A humanização também é apontada como estratégia de cuidado e acolhimento a essas pessoas “[...] se caracteriza por um olhar diferenciado para cada sujeito em atendimento, considerando sua história pessoal, sua família e inclusive as características regionais relacionadas à imigração e herança étnica (p.16)”. Em suma, tais estratégias buscam oferecer cuidado sem julgamento, com acolhimento e escuta qualificada, com articulações necessárias que se justificam pelo sofrimento psíquico com tal complexidade e dor.

Diante dessa complexidade do existir, o sofrimento psíquico de Pedro e Melina os coloca no limite da dor e da impotência. Já para Jean, o sofrimento psíquico se traduz numa exacerbação de potência:

Por mais que eu queria, não estava com emocional muito forte pra essas coisas, fiquei com aquela vida totalmente deprimida, às vezes não conseguia levantar da cama e não suportava esse tipo de sentimento e, por vezes, pensava: “eu estou bem, estou saudável, como é que eu não consigo levantar da cama? Eu não entendo esse negócio de depressão, o que que é isso?”. Mas, mesmo assim, eu estava empurrando a vida (Pedro).

Acho que sempre senti que nada tinha muito sentido, tentei segurar até onde deu e aos quinze anos, pra mim, foi até onde segurei, foi onde tentei e falhei (Melina)

Comecei a acreditar que era Deus, que tinha super poderes, comecei a abraçar mendigo, a andar sujo e também a ter medo de andar pelas ruas. [...] só que eu acho que já estou curado, me vejo bem. (Jean)

Se por um lado, momentos críticos da história de vida de Pedro e Melina são trazidos com uma carga de dor, angústia e perda do sentido da vida, por outro lado, no relato de Jean, a crise traz a altivez, uma relação do eu em que, ao mesmo tempo que o empodera, traz medo. Assim, estamos diante de diferentes perspectivas de crise, o que nos permite acessar como elas se conectam a esses relatos.

É nesse processo subjetivo, determinado pelo contexto e pela história de vida, que situações nas quais a realidade interna e externa mobiliza e demanda novas respostas, que os sujeitos podem não ter desenvolvido, acessado ou perdido os recursos necessários para a solução do que lhes é apresentado. A influência da demanda numa situação de crise se dá justamente pela pressão, em que resulta um estado de tensão, transtorno ou perturbação que mantém o sujeito imobilizado (Taverez; Werlang, 2012).

Na experiência relatada, Pedro enfrentou situação de crise no cenário do trabalho, percebendo o ambiente ao seu redor de forma diferente, sentindo que algo estava errado, diferente do modo habitual de estar nas relações e em outros contextos. As demandas, antes sanadas de forma comum, como ação rotineira, passaram a ser custosas e difíceis de cumprir. No relato, Melina mostra-se desesperançosa, sem encontrar sentido para viver, mas tentando encontrar forças para ajudar sua mãe no processo de divórcio. A vida gira e demanda, mas o quanto conseguimos acompanhar? Quando adoecemos nesses processos, a percepção de que algo não está bem ou que precisamos de ajuda por vezes não acontece de forma rápida; assim como nos momentos de crise, enxergar sozinho essas possibilidades não são facilmente possíveis.

Ter a percepção de si nesses processos diante da crise, é também lidar com forças internas e externas que atuam constantemente. Há, ainda, os fatores que envolvem os atravessamentos subjetivos e compartilhados pela família, rede social, aspectos relacionais do sujeito: “[...] O meio também não é inerte, e irá reagir e interagir com o sujeito, criando dificuldades, apoiando, facilitando ou bloqueando acesso a recursos do ambiente” (Taverez; Werlang, 2012, p.473).

Como observamos nos relatos, em cenário de fragilidade, as demandas mobilizam recursos subjetivos que operam respostas diferentes. Melina não suporta a situação familiar, Pedro enfrentava as situações no trabalho onde o medo o assolou e Jean conta situações significativas, mas traz o diagnóstico como fator significativo ao seu sofrimento. Diante de diferentes situações, relatam diferentes manifestações de sofrimento, como afeto deprimido apresentado por Pedro, ideação suicida apresentada por Melina e manifestações exacerbadas de potência como apresentadas por Jean.

Ferigato *et al.*, (2007) nos lembram da potência intrínseca ao momento de crise, da possibilidade que este momento oferece para uma oportunidade de transformação e desvio. Consideram que, apesar de toda a vivência de sofrimento, angústia e invasão serem marcas importantes da crise, em medidas que também se equiparam, há um momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado pra outro lugar a ser reconstruído, por uma via de caráter também inédito. As histórias de vida, de certa forma, aos poucos vão explicitando tais reconstruções na vida de cada participante, de como cada um vai desdobrando, se desdobrando para viver, cada um no seu modo singular.

Melina e Pedro contam suas lutas para seguir a vida, apesar do estranhamento consigo mesmos:

Consegui terminar meus estudos, tenho curso superior em gestão de tecnologia e informação, mas sei lá, parece que era tudo forçado, sabe? Naquele momento eu ainda conseguia colocar máscara no rosto, fingir, fazer, atuar. Segui até onde aguentei e concluí o curso (Melina).

[...] minha vida não ia mais voltar ao normal [...] Por mais que eu queria, não estava com emocional muito forte pra essas coisas, fiquei com aquela vida totalmente deprimido, as vezes não conseguia levantar da cama e não suportava esse tipo de sentimento e por vezes pensava: “eu estou bem, estou saudável, como é que eu não consigo levantar da cama? Eu não entendo esse negócio de depressão, o que que é isso?”. Mas mesmo assim eu estava empurrando a vida (Pedro).

Consegui um emprego em outro hotel, uma outra rede de hotel e dizia para mim mesmo: “estou tentando, vou conseguir, vou conseguir”, mas quando o rapaz que me recepcionou mostrou o heliponto do lugar, senti um impulso muito forte para me jogar daquela altura na hora, no momento em que olhei para beirada senti um impulso muito forte, consegui controlar, mas fiquei assustado, queria muito ir embora, descer. Comecei a questionar e refleti que não estava pronto para voltar a trabalhar...Comecei a me deprimir novamente, o relacionamento para somar com isso não estava dando muito certo. (Pedro).

Esses trechos parecem mostrar o “tentar se encaixar” mesmo não estando bem, é o “empurrar”, “tentar”, “forçar”, “fingir”. É um esforço que está além daquilo que naturalmente poderiam oferecer às demandas de suas vidas e parecem ter o intuito de se encaixar no que socialmente é esperado deles. Podemos citar a influência do neoliberalismo ao sofrimento psíquico; a ordem do mercado se apresenta para o sujeito como palco da realização de uma sucessão de valores, sob a condição de que o sujeito participe do jogo da concorrência e otimize suas capacidades competitivas (Franco *et al.*, 2022).

Imersos nessa lógica, a corrida para acompanhar ou retornar o mais breve possível aquilo que lhe oferta de certa forma um lugar no tecido social ou até mesmo o status de normalidade, escancara, por vezes de forma perversa e dura, o sofrimento de quem não consegue retomar tais ações nesse meio. Uma realidade que não só os participantes dessa pesquisa encaram.

Percebemos que dentro de cada cenário, nos relatos dessas pessoas, há uma configuração de um cotidiano diferente, mas com pontos em comum que falam do “movimento” do dia a dia. Acompanhamos nos relatos, cotidianos que se restringem à vida em domicílio. Há comparações como a de Pedro em momentos diferentes de sua vida, evidenciando um contraste entre a vida em movimento fora de casa e a vida intramuros que passa a apresentar um vazio, num tempo que parece não passar.

[...] Às vezes entro no computador, vejo alguma coisa para distrair minha mente e também vou para o corredor para fumar cigarro (Pedro).

Trabalhava, passeava de vez em quando aos finais de semana com meus amigos, tinha o meu próprio dinheiro, a minha dinâmica; bebia algumas vezes, porque tinha acabado de entrar para a igreja e tinha deixado essa vida de bebedeira, essas coisas, a minha vida estava com uma rotina normal (Pedro).

Nessa singularidade, percebemos que para Pedro, por exemplo, o cotidiano com mais sentido, significado, é descrito como quando era composto de relações sociais, amizades, trabalho, lazer e atividade religiosa. Com o adoecimento, sofrimento psíquico e seqüela física após tentativa de suicídio, a nova vivência cotidiana parece trazer a monotonia, a necessidade de distração para vivê-la.

O cotidiano parece ser vivido por Melina como por uma ideia de que o mesmo seja anestesiado, para não o vivenciar; dormir é o escape para não sentir e o acordar parece ser o despertar para alguém que ainda se vê fragilizada.

Em casa normalmente fico andando de um lado pro outro, esperando o tempo passar. Antes da mudança da medicação eu dormia muito, após o ajuste isso mudou, só que com isso, de não dormir a maior parte do tempo, tenho que enfrentar tudo de uma forma mais difícil, né? Que é aqui, acordada, não conseguindo preencher meu tempo com nada (Melina).

Na saúde mental, a compreensão de cotidiano pode influenciar a construção de práticas que se desenvolvem no território, podendo alcançar alguns objetivos, como: inclusão social, a conquista de autonomia e afirmação da singularidade dos sujeitos. Tais finalidades, além de serem objetivos da produção de cuidado de terapeutas ocupacionais, são próprios do modo psicossocial, compartilhadas no trabalho em equipe. A construção de um cotidiano significativo para o sujeito pode ser um elemento norteador desses objetivos (Leão; Salles, 2017).

O cotidiano, trazendo-o como conceito usado na terapia ocupacional, incorpora aspectos subjetivos, culturais, históricos e de poder social, caminha rompendo com a leitura positivista de determinado fenômeno (Leão; Salles, 2017). Segundo Heller (1977): “o cotidiano é o mundo da vida que se produz e se reproduz dialeticamente, num eterno movimento (p.7)”. É no cotidiano que as características de personalidade, da individualidade e as habilidades dos sujeitos são colocados em funcionamento em todos os sentidos, ainda que nem todas as capacidades sejam utilizadas (Heller, 1977).

Os estudos sobre cotidiano voltam-se para o olhar simples e comum da vida das pessoas; pesquisadores entendem que as cenas do dia a dia podem servir de testemunho de um espaço-tempo conformado pela cultura, história de vida e relações sociais. Por meio dele, é possível acessar a experiência, o real, imaginário, memória, sonhos, sentimentos, necessidades e afetos. A leitura do cotidiano possibilita desbravar os modos de pensar, agir e sentir dos sujeitos e coletivos (Galheigo, 2020).

Os modos de apropriação do cotidiano e também alienação, são lógicas que podem ser encontradas na vida cotidiana que se desenvolvem no território, onde limites colocados pela cotidianidade tem como base a estrutura econômica e social (Leão; Salles, 2017).

No cotidiano das pessoas em sofrimento psíquico pode haver diversos tipos de rupturas que se expressam nas relações sociais, familiares, trabalho e na realização de atividades, como as de vida diária, lazer e outras áreas do cotidiano. Mas, a sua história de vida está inserida numa história mais abrangente, na história da comunidade em que vive. Sendo assim, essas pessoas em sofrimento psíquico têm suas histórias individuais também marcadas pela história da atenção em saúde mental, pela maneira como a sociedade concebe e atua com relação à loucura, que oscila entre o modo asilar e modo psicossocial (Leão; Salles, 2017).

Nos relatos de Melina, enxergamos essa ruptura, ela ainda diz ter conseguido usar “*uma máscara no rosto*” por certo tempo, uma máscara social, justamente para “mascarar”, camuflar a dor, diante de uma sociedade que, por vezes, diminui o sofrimento, a saúde mental. Sociedade que pode exigir também um padrão, modo de ser e estar nela, nos diferentes contextos cotidianos do tecido social; como se todos devessem se encaixar ao modo de vida aceito socialmente. Quando ela não consegue mais sustentar tal estratégia, o impacto no cotidiano se mostra no corpo, no sono, na monotonia, mas, uma monotonia que pra ela é incômoda e precisa ser preenchida.

Há um contraste na vida dessas pessoas, nessas histórias, onde Pedro por exemplo, cita as relações sociais e outras atividades que realizava, e que cessam, dando lugar ao medo do julgamento, do preconceito, aos poucos ele vai retratando se sentir aceito no espaço do CAPS; as atividades de lazer deixam de ter lugar e quem ganha espaço é mais o vazio e o preenchimento do tempo. O resgate da atividade prazerosa e retomada de novos sentidos e ressignificações começam a surgir quando os participantes narram um pouco sobre o acompanhamento no CAPS.

Nesse ponto podemos fazer relações de como esses cotidianos refletem em como cada um deles utilizam o espaço de cuidado no serviço de saúde mental, do intra e extramuros do serviço, do sentir-se pertencente ou não a este espaço.

Os serviços de atenção psicossocial colocam como ações dentro das suas diretrizes o território como horizonte, tendo como intuito o cuidado e inserção social. Ou seja, busca para além do cuidado clínico, abranger e compreender o sujeito em suas condições, com seu cotidiano, em seu território. O objeto não é a doença, mas sim o sujeito inserido no seu contexto coletivo (Leão; Salles, 2017).

Tais objetivos exigem ações extra muros, pois enquanto nos intramuros dos serviços sentem-se aceitos, escutados, acolhidos, cuidados e mantém relações sociais, é justamente no fora dos muros da instituição, que os participantes da pesquisa referem sentir medos, inseguranças, necessidade de máscaras, adoecimento, etc. Concordamos com Yasui (2010) que

reafirma o CAPS como meio, caminho, e não o fim. Assim, é fundamental reafirmar a importância de ter vida fora da instituição como possibilidade, como direito e fundamento das ações da atenção psicossocial.

Proporcionar condições para aumento de autonomia e emancipação das pessoas com suas singularidades nos cotidianos se dá por meio do acesso aos direitos de cidadania, que pode produzir inclusão social (Leão; Salles, 2017). A autonomia é marcada nas falas de Pedro por um “normal” que não se faz mais presente em sua vida. Excluindo julgamentos morais, no relato de Jean o trabalho é um meio de obter algo que deseja, mesmo que ilícito. Podemos aqui compreender o lugar do trabalho como meio de exercício da cidadania e liberdade.

Eu tinha minha rotina, trabalhava num hotel, comecei como mensageiro e depois fui promovido para área da recepção, achava que minha vida estava no controle. Entrei nesse trabalho com uns 20, 22 anos por aí, minha vida era assim, vou usar o termo “normal” só para dar uma referência (Pedro).

[...] Me sinto muito como se estivesse amarrado em casa (Pedro)

Eu trabalho também, olho os carros perto da pista de skate, de segunda a sexta-feira, comecei nesse trabalho quando precisava de dinheiro, pois, tinha vontade de fumar um baseado e não tinha dinheiro para comprar, tive que correr atrás, já trabalhei no Mac Donalds e Bar do Fidelis também (Jean).

O trabalho continua a ter um lugar de evidência na vida das pessoas que foram afastadas do mundo do trabalho devido sofrimento psíquico, principalmente em função do lugar que ele ocupa na vida social (Lussi; Morato,2017). A inclusão no trabalho de pessoas em alguma situação de desvantagem, configura-se como um campo complexo de desafios para a atenção psicossocial e requer a formulação das práticas tradicionais reconhecendo o trabalho como direito (Nicácio; Mangia e Ghirardi, 2005; Lussi; Morato,2017). Sendo assim, “[...] para que as experiências reais de trabalho possam ser vivenciadas pelos usuários dos serviços de saúde mental, é necessária modificação dos contextos de trabalho e das concepções dos atores envolvidos (Lussi; Morato,2017, p.85)”.

Na história de Pedro, o trabalho está muito atrelado à autonomia, a uma vida com escolhas, em que descreve com orgulho a função que exercia no hotel em que trabalhava, trazendo protagonismo e reconhecimento social. Com a demissão e todo o enfrentamento da crise, ele começa a questionar suas reais possibilidades para buscar novos empregos. Diante de suas dificuldades em decorrência do sofrimento psíquico, vê a necessidade de recalcular a rota, sendo este seu grande desafio. Já para Jean, o desejo de suprir suas necessidades instiga-o a buscar possibilidades, de forma autônoma. No seu caso, as suas necessidades o motivam, vai em busca de oportunidades.

Identificamos nos relatos a possibilidade de reaprendizado e estímulo a retomada de projetos e atividades da vida cotidiana, a oportunidade de resgatar desejos e necessidades que ainda se fazem presentes.

Eu não conseguia nem tocar o violão, quando pegava o violão sentia que sabia, mas não conseguia tocar de tamanha desorganização na minha mente, não conseguia jogar dominó e conforme o tempo foi passando fui praticamente reaprendendo a fazer as coisas que já sabia fazer (Pedro)

Melina relaciona sua inserção no serviço justamente pelo que não estava conseguindo desenvolver em seu cotidiano, suas atividades antes significativas dando lugar ao medo, a não volição para realizá-las.

É bem difícil falar disso, da minha rotina, principalmente pelos motivos de estar no CAPS, do meu processo de tentar fazer muitas coisas e não conseguir realizá-las, não conseguir ter foco. Gosto de jogar, estudar, estudar os instrumentos, tenho os instrumentos musicais, tenho o curso, mas não consigo focar e não sei o porquê. As coisas até mais simples como assistir, por vezes parece ser algo impossível. Há dias que é muito difícil ler, desenhar, escrever (Melina).

São nessas diferentes dificuldades e necessidades que o CAPS se torna um espaço em que é possível propor um projeto terapêutico que considere essas singulares e complexidades, que consiga contemplar uma diversidade de estratégias de cuidado (Yasui, 2010). Segundo Rocha *et al.* (2022), os usuários dos serviços de saúde mental têm realizado uma avaliação positiva do CAPS enquanto local de resgate de autonomia e autoestima. A chegada ao CAPS geralmente é marcada por processos de rupturas, perdas, fragilidade, vulnerabilidades e até mesmo medo do próprio serviço. É um processo a ser enfrentado até conseguir retomar algumas atividades que eram significativas, reaprender e até mesmo aprender algo novo; resgatar laços, fortalecer rede de apoio; resgatar a autonomia; conseguir ter participação social; como é o caminho que os participantes dessa pesquisa estão traçando.

Torna-se importante nesse caminho, no que compete aos serviços de atenção psicossocial, produzir atos de cuidar e utilizar de conceitos e ferramentas que se atenham ao território, à responsabilização, ao acolhimento, ao projeto de cuidado com diferentes estratégias, numa tessitura com as redes (Yasui, 2010).

Categoria 2: “Todo mundo fala em viver, deve ser bom”

Nessa categoria temos o tema da relação com o CAPS, explora-se o universo do serviço de atenção psicossocial. Apresentamos alguns relatos que atravessam um campo do senso

comum sobre a “normalidade”. Neste subtema há falas onde “normal”, “doença” e “medicação” se atrelam para justificar as suas permanências em um serviço de saúde como CAPS, que traz a (im)possibilidade de melhoria de condição de vida destas pessoas, segundo a perspectivas delas mesmas.

No CAPS Primavera, lembro-me de momentos em que a medicação foi mudando várias vezes até se adequar. Fiquei muito triste ao descobrir que iria ter que usar medicação durante minha vida inteira, pois tinha esperança que em algum momento teria a cura, que iria tomar medicação por um tempo para equilibrar certas coisas químicas no meu organismo...(Pedro)

Me trouxeram para o CAPS porque eu tinha esquizofrenia e transtorno bipolar, sou esquizoafetivo, falaram que aqui iria me recuperar, só que não me recuperei (Jean).

O relato de Pedro aponta uma associação do CAPS à medicação e, portanto, uma expectativa depositada na conduta médica dentro do CAPS. Nesta mesma direção, o relato de Jean associa ao CAPS o diagnóstico e a cura. Esta perspectiva biomédica trazida pelos participantes ao CAPS, baseada na racionalidade médica, parece reduzir o serviço a mera prescrição de psicofármacos, o que configura como prática clínica centrada na doença, não levando em consideração a subjetividade dessas pessoas.

Segundo Cardoso *et al.*, (2016) ao analisarem como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um CAPS do estado do Pará, apontam que os usuários afirmam a preocupação em perder consultas médicas, acabam ficando reféns das receitas; trazem queixas sobre números baixos de profissionais médicos atuando no CAPS, causando longa fila de espera. No caso de Pedro, há um sentimento de tristeza em ficar refém da medicação, das receitas médicas: “*descobrir que iria ter que usar medicação durante minha vida inteira*”; os atendimentos médicos e renovações de receita nesse caso, parece afirmar um lugar que ele não gostaria de habitar, o da “doença”: “*pois tinha esperança que em algum momento teria a cura*”.

Há um CAPS atrelado à ideia de diagnóstico/doença e medicação, segundo Cavalcante *et al.*, (2017) ao buscarem compreender de que modos o uso de psicotrópicos repercute na vida de usuários de um CAPS, apontaram que os olhares dos usuários se apresentavam embasados numa perspectiva biológica, onde traziam sobre os efeitos físicos provocados pela medicação. Perceberam que isso indicava que o tratamento oferecido continuava centrado nos princípios da racionalidade biomédica. A medicação torna-se o centro do tratamento e tais efeitos colaterais interferem não só corporalmente, mas na condição existencial, refletindo no cotidiano e nos modos de viver (Cavalcante *et al.* 2017).

A noção de normalidade, centralidade nessas condutas biomédicas, são centradas na racionalidade médica, em detrimento de atenção psicossocial que não se limita a essas condutas. Pedro relata sobre o “*voltar ao normal*” e do que a “cura” significaria:

A cura significaria uma liberdade, voltar ao normal, entre aspas. Desculpa usar essa palavra “normal” novamente, não gosto de usar muitas palavras que são assim, vejo que gostaria de voltar ao normal, voltar a trabalhar, ter um relacionamento, estruturar minha vida novamente, ter minha independência. A minha independência foi terceirizada (Pedro).

A cura, o voltar ao normal fazem parte de um ideal que é sustentado pela clínica tradicional que tem como fundamento a serialidade e é centrada na cura, identificando o sujeito à doença. Já a clínica ampliada, segundo Campos (2001), é a clínica em que a doença passa a ser parte da vida da pessoa. É a clínica que considera o sujeito em sua dimensão biológica, social, subjetiva e histórica. Para Constantinidis e Cunha (2017) a clínica ampliada: “[...] iria ao encontro no sujeito, iria ao encontro das propostas de abordagem da pessoa com sofrimento psíquico, pois considera o risco social e subjetivo do usuário e grupo em questão, responsabilizando-se pelas demandas concretas do sujeito” (p.40).

Segundo Patrocínio *et al.*, (2021) a clínica ampliada é a base para construção de novos paradigmas, desvincula-se de espaços tradicionais de atuação e busca estar em conjunto com sujeitos em seus cotidianos e nos contextos que estão inseridos, nas diferentes e singulares formas de vivenciar o ambiente social. Para as autoras, a transição dos modelos de atenção à saúde, da lógica individualizante para a que considera os sujeitos em suas vivências é uma marca no cenário brasileiro, “[...] uma vez que as conquistas alcançadas pelos profissionais dessa área aliados às camadas populares sofrem constante ameaça daqueles que buscam retomar os interesses das classes dominantes” (Patrocínio *et al.*, 2021,p.02) .

Para Patrocínio *et al.*, (2021), ampliar a clínica é um processo que inclui construir outros olhares, novas práticas e questionar o sistema como está posto a nós. É compreender o sujeito considerando elementos econômicos, sociais e culturais, indissociáveis da compreensão e da ação em saúde. É construir um sistema que amplie as possibilidades da pluralidade de modos de existir e que as intervenções partam de um lugar não hierarquizado do saber (Patrocínio *et al.*, 2021). Acrescenta-se ainda uma não hierarquização do saber que considere o sujeito e o seu próprio saber no processo de cuidado em saúde.

No relato de Pedro, parece haver uma percepção de que há somente um modo de existir na vida e é aquele em que não deve haver sintoma, o sujeito não deve precisar fazer acompanhamento em saúde mental, um lugar onde que para se viver socialmente não deve

haver sofrimento ou manifestação dele. O CAPS pode reforçar esta percepção ao realizar ações de cuidado de uma clínica tradicional ou mesmo de uma clínica degradada, centrada na doença, na queixa conduta e na ideia de cura. Para Oliveira *et al.*, (2012) há necessidade de superação da ideia de cura da doença mental e de assumir a perspectiva teórica de que há um sujeito cuja “existência-sofrimento” e suas diversas formas de estar no mundo sejam o centro de atenção, conforme afirmado por Rotelli, *et al.*, (2001).

Tem-se no *Recovery*, que emergiu como um novo paradigma da saúde mental e traz a ideia de que é possível uma vida plena num contexto de uma doença persistente (Lopes *et al.*, 2012). Valoriza-se a experiência do sujeito e sua narrativa sobre o processo de cuidado e, segundo Orsi (2023), a melhor forma de compreender o *recovery* é através das narrativas de pessoas com sofrimento psíquico, de suas experiências vividas e pessoais. Para Lopes *et al.* (2012), esse cuidado se aproxima do que é almejado pela reforma psiquiátrica brasileira e pelos serviços como CAPS.

Jean apresenta suas sugestões sobre o que gostaria que fosse incluído e proporcionado como cuidado no CAPS:

Acho que precisamos de mais terapia aqui no CAPS, uma proposta de respiração alotrópica, meditação vipassana, para tratar a doença mesmo [...] (Jean).

Reitera-se aqui a importância do diálogo com os usuários no campo da saúde mental, atentando-se a duas questões: a primeira com relação a participação dos usuários na produção de saberes em saúde mental e suas compreensões sobre as práticas que lhe são oferecidas e outra que se refere à integralidade na atenção à saúde mental. Essa, compreendida como um diálogo entre usuários e profissionais da saúde do qual desejam juntos os projetos terapêuticos com base na compreensão das necessidades apresentadas por eles (Oliveira *et al.*, 2012).

Neste sentido, esta proposta faz um contraponto à fala de Pedro: “*minha liberdade foi terceirizada*”, em que nos indica a uma falta de autonomia e emancipação em sua vida. Assim, o loco não está somente na perspectiva assistencial, mas na integralidade que abarca o usuário como protagonista e sujeito em sua totalidade. Patrocínio *et al.*, (2021) apontam que a atuação das equipes multiprofissionais, por exemplo, é um fator de extrema importância para uma prática que vise essa integralidade. Ribeiro e Goto (2012) destacam a importância de uma perspectiva de trabalho e atuação com o sujeito que seja ampliada para além da cura. Tal fomento a essas ações é buscar acionar estratégias que sejam emancipadoras, não estigmatizantes e que se conectem com as singularidades, subjetividades e necessidades de cada sujeito que adentra esses serviços de atenção à saúde mental.

Melina relaciona a vinda ao CAPS ao seu sofrimento psíquico e vida cotidiana diante do “viver”. A participante vê no serviço uma oportunidade de mudança:

Pano de fundo num sentido de... não sei, ter alguma esperança de viver, sabe? De saber o que é viver. Porque não acho que o estado em que estou ou em qualquer outro momento que eu tive eu vivi. Falo que estava existindo, talvez em algum momento sobrevivendo, mas viver, não e aí penso que: “Ah, deve ser bom, né? Todo mundo fala em viver, deve ser bom”, então não é que eu quero morrer, eu quero viver, mas eu não consigo, é diferente e vir pra cá, acho que é um jeito de tentar (Melina).

Podemos inferir, a partir deste relato, o lugar do serviço de saúde mental como um meio, com possibilidades de ressignificação da vida dos sujeitos e construção de novas subjetividades a partir de como esse serviço se constitui e propõe o cuidado aos sujeitos que o utilizam. Espaços como o CAPS podem fomentar meios de apropriação da vida para aqueles que, como Melina, sentem-se destituídos dela. Inferimos que o CAPS pode oferecer diferentes motivos e sentidos para seguir a vida, além do conforto, acolhimento e segurança, que podem contrastar com o que o usuário vive fora do CAPS.

Tem-se também falas que retratam o sentir-se pertencente a um grupo, um lugar, retratado como cenário do CAPS e o extramuros como o espaço do estigma, da vida comum onde parecem não se encaixar:

Me sinto melhor quando eu venho no CAPS, é uma distração para minha mente, acabo saindo um pouco daquela rotina de casa. Aqui cada um tem o seu transtorno e não fica reparando muito se você comete algum deslize, de repente, você fala alguma coisa que não faz muito sentido e não encontro aquele olhar de julgamento, porque, fora daqui me preocupo muito com isso, de passar por algum constrangimento e isso me deixa mal. Porque, tem aquela coisa das pessoas acharem que você é maluco e isso me preocupou bastante, há o estigma da sociedade e as vezes da própria família, a minha acho que entende melhor hoje, pelo menos, um pouco (Pedro).

O CAPS representa um lugar de alívio, um lugar onde me sinto bem, porque tudo mudou (Pedro).

Enquanto espaço que ampara e assegura as diferentes formas de viver e se sentir, de cuidar desse outro que sofre, os CAPS mantêm em suas ações muito potencial para isso. Para Andrade (2012), Morais *et al.* (2021) e Nascimento e Leão (2019) estes serviços são vistos como espaços de convivência, com capacidade para construir redes afetivas e sociais; a humanização do cuidado amplia o acesso e o vínculo com os serviços.

A identificação dos usuários com os serviços de atenção psicossocial pode vir das compreensões sobre uma atenção em saúde mental que se materializa numa atenção acolhedora, humanizada e de aceitação das condições subjetivas, sociais e espirituais contidas nas suas histórias de vida (Cardoso *et al.*, 2016; Rocha *et al.*, 2022). Esse lugar do “alívio” e da “distração”, que constam no relato de Pedro, nos leva a pensar de que forma as ações dentro

dos serviços adentram os universos subjetivos desses sujeitos, se conectam com as necessidades e ampliam as possibilidades de existência dessas pessoas fora dos muros dos CAPS.

Percebemos a identificação do CAPS como um lugar da “distração”, essa palavra foi utilizada por mais de um participante, como uma forma de aliviar um pouco o peso do sofrimento e dificuldades enfrentadas na vida. Segundo o dicionário, a palavra “distração” na sua etimologia vem do latim ‘distractio.onis’, "separação"; descritos como: falta de atenção em relação ao mundo exterior; desatenção; aquilo que resulta dessa falta de atenção; irreflexão, inadvertência; o que se faz por entretenimento, passatempo, divertimento; diversão; estado de quem está completamente voltado para si mesmo.

Sobre isso, Saraceno (1999), em discussão sobre o CAPS ser lugar de passagem e não de permanência, destaca que o “entreter” tem o significado de “manter dentro”. Melina expressa tal distração, com uma crítica de que o que vivência dentro do CAPS ressoa fora dele.

Eu gosto do CAPS, acho que se não fosse o CAPS já tinha colocado mais insulina, tenho sustentado e gosto de estar aqui. Às vezes, é difícil levantar e vir pra cá, mas aqui dá uma distraída, mesmo que tenha um pano de fundo que perturba. Aqui tem outras coisas para distrair (Melina).

Fora do CAPS? minha cabeça não para fora do CAPS, não tem distração lá fora, se sair daqui com alguma coisa que aconteceu no grupo, uma conversa com ela, eu vou levar para casa comigo, tenho alguma coisa para lembrar a perturbação, para ter na minha cabeça, isso me ajuda. Falo bastante em tentar, que estou tentando, quando consigo fazer uma partitura, provavelmente foi porque nesse dia eu consegui refletir em alguma coisa diferente e tive força suficiente para fazer isso (Melina).

Sabemos que a inserção e participação social são pontos cruciais para se pensar o sujeito no território e no exercício de cidadania, mas não é possível afirmar até que ponto isso é fomentado pelos serviços, se o cuidado está sendo realizado no território ou está “encapsulado” no CAPS.

No entanto, o sentido do “dentro” trazido pelos participantes, indica o CAPS como um lugar onde é possível se reafirmar como sujeito, sem a vivência do preconceito e que os fortalece. Em contraponto, o “lado de fora” traz desafios que os colocam à prova e que desencadeiam seus transtornos, como ilustra o relato de Pedro:

Mas o problema é quando você está do lado de fora, se deparando com alguma circunstância que te coloca em xeque pra mostrar que você é doente, que você tem um transtorno, alguma coisa que te aponte o dedo. O problema é se deparar com essas coisas que irão ser um gatilho...Aqui dentro não tem problema, é como recarregar umas baterias pra você viver mais um dia lá fora, né? (Pedro)

O serviço, nesse caso, ganha um espaço muito significativo na vida de Pedro, um lugar de afetos, aceitação e acolhimento do seu sofrimento. O apoio encontrado nesse lugar irá de

certa forma requerer da equipe, estar nesse jogo, se assim podemos dizer “do fora e do dentro”, buscando através de ações humanizadas, cuidado integral e afeto, bases do cuidado psicossocial, sensibilizá-los com as estratégias necessárias para o usuário estar no fora, compor o fora. As parcerias, quando existentes e fortalecidas nesse sentido, podem ajudar nessa ampliação de perspectivas de vida e no que pode ser ofertado e trabalhado junto a esse sujeito que faz acompanhamento no CAPS.

Tal necessidade de maior mobilização para articulação em rede por parte dos CAPS para favorecer a participação social e exercício da cidadania é apontada nas pesquisas de Barros *et al.* (2021), Rocha *et al.*, (2021) e Rocha *et al.*, (2022). Segundo Maravilha (2012), quando o CAPS se engessa ao redor de sua própria existência e atuação isolada da rede intersetorial, tende a correr o risco de reproduzir práticas institucionalizantes. Para a autora, “[...] os CAPS precisam atravessar suas calçadas, abrir as portas e janelas que ainda hoje conservam os grilhões da institucionalização e admoestação da loucura, a fim de responder aos anseios que idealizaram sua criação (Maravilha, 2012, p.64)”.

Oliveira *et al.*, (2012) apontam que a maior parte da rede social dos usuários fica restrita ao lugar de tratamento. Segundo os autores, muitas vezes, os vínculos se restringem às redes de relações com os outros usuários e profissionais do serviço. Neste sentido, Oliveira e Passos (2009) apontam o risco de manter algumas cronicidades nos serviços de saúde mental, a cronicidade dos usuários que são retidos nos muros invisíveis dos CAPS; a cronicidade dos profissionais que não colocam em questão os modos de atenção e gestão e a cronicidade dos dispositivos em saúde mental, como efeito da inexistência ou fragilidade da rede de atenção à saúde.

Jean traz uma percepção num momento da sua história que contrasta com a dos outros dois participantes que falam muito sobre as vivências dentro do serviço. Jean fala de desejar estar “fora do CAPS”:

Sobre o sentido de estar aqui no CAPS? Sentido, pra mim, na verdade, seria estar trabalhando, frequentando o “puterinho” que eu gosto de frequentar, o xamanismo, junto com a Umbanda e depois aos finais de semana tomar ayahuasca (Jean).

Na verdade, eles me dão mais inspiração para ficar em casa lendo e escrevendo, para ficar dentro de casa, trancado, do que ficar saindo, fazendo outras coisas. Mas eu acho que vou fazer a segunda opção, conseguir um emprego e sair de casa, quero morar sozinho. Aprendi primeiro a morar sozinho, a lavar uma casa, uma roupa, cozinhar (Jean).

Na percepção de Jean, as propostas do CAPS o incentivam a ficar dentro de casa, quando ele gostaria de poder estar realizando outras coisas, trazendo desejos que extrapolam os muros, que têm relação com autonomia e inserção social. Rocha *et al.* (2021) aponta a

importância de considerar o desejo do usuário no seu acompanhamento, de considerar as características socioculturais do local onde vive e de se criar estratégias que promovam autonomia e emancipação desse sujeito.

Essa reflexão nos leva a pensar como os projetos terapêuticos são estruturados nesses serviços. Rocha *et al.*, (2022) e Barbosa e Oliveira (2018) advertem para questão da tutela que pode atravessar as práticas dos profissionais da saúde mental. A diferença entre cuidar e tutelar o usuário se torna sutil, correndo o risco de continuar reproduzindo a lógica manicomial.

Categoria 3: “Essa pessoa não é igual a outras pessoas, não é igual aos outros profissionais”

Nessa categoria adentramos o último tema, referente ao encontro com a Terapia Ocupacional. Aborda-se, de forma mais específica, o contato dos participantes com a terapia ocupacional e com a terapeuta ocupacional no CAPS.

Cabe deixar claro que ao realizar tais perguntas aos participantes sobre o encontro com a terapia ocupacional não há o intuito de esperar que o participante defina o que é a terapia ocupacional. Não nos interessa a definição racional, mas sim o que eles vivenciaram na e com a terapia ocupacional; o que esta propicia enquanto experiência. É interessante entendermos que no relato deles, a profissão do profissional de referência é indiferente para eles e a terapia ocupacional ser confundida com outras profissões vai ao encontro do fato da terapia ocupacional estar imersa no campo, indo além de seu núcleo profissional.

Operar no campo da saúde mental é estar a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social; é operar, ativar práticas que caminhem a favor da inversão da lógica de tutela, compartilhando com a pessoa em sofrimento psíquico, sua família e comunidade um caminho que proporcione (re)construção de autonomia e cidadania (Constantinidis e Cunha, 2017). Enquanto atuação em campo, como afirmam Constantinidis e Cunha (2017), a busca pela superação da clínica fundada na especialidade, nas relações verticais entre diferentes disciplinas e sujeitos. Neste campo, a interdisciplinaridade ganha importância numa proposta de atenção integral ao sujeito com sofrimento psíquico, com possibilidade de integração, mediação entre saberes e competências dos profissionais de saúde mental sendo possível acontecer. Para os autores, a desconstrução de especialidades é uma maneira positiva de posicionamento das equipes nesta proposta de reelaboração da clínica em saúde mental.

Assim, por mais que busquemos algum contorno para núcleo da TO nesse campo – sem enquadrar ou especializar tais práticas – busca-se, neste estudo, elucidar como o sujeito atendido

em CAPS vivencia o encontro com a terapia ocupacional. Obviamente, os participantes não utilizam essa mesma lente de “núcleo” e “campo” que nos propomos a escolher para a discussão teórica, mas trazem a perspectiva de alguém que está encontrando uma pessoa que cuida. É nesse encontro quando é a(o) terapeuta ocupacional, que tentamos identificar pontos que poderíamos identificar como núcleo da terapia ocupacional no campo da saúde mental, lembrando que as estratégias de cuidado utilizadas na terapia ocupacional no campo da saúde mental possuem consonância com a atenção psicossocial.

Como Campos (2000) aponta na discussão sobre núcleo e campo, ambos podem ser mutantes e se interinfluenciam, não sendo possível identificar os limites precisos entre um e outro. Mas no núcleo, há uma aglutinação de saberes e práticas, compondo de alguma forma a identidade profissional e disciplinar. Podemos inferir com isso que, de certa forma, todo o processo de reforma psiquiátrica e construção da política de saúde mental pautada na reabilitação psicossocial influenciou e influenciou até hoje as práticas da terapia ocupacional nesse campo, assim como se soma a ela toda a produção de conhecimento e práticas enquanto núcleo da terapia ocupacional sobre cotidiano, atividade e outros conceitos estudados na profissão.

A dúvida sobre quem é terapeuta ocupacional (TO) surge em alguns relatos, porém, aos poucos isso vai se diluindo ao falarem da terapeuta ocupacional que são mais próximos no serviço, do contato com a profissional nos grupos e em atendimentos individuais. É possível também perceber como são esses encontros, a escuta, a “conversa”, são citadas em muitos momentos. Pensamos que estes relatos podem ser articulados à discussão sobre os contornos da profissão no campo da saúde mental, sobre o núcleo profissional da terapia ocupacional nessa área.

Junto a TO? Significativa? Tem uma TO que é psicóloga, ela já foi minha referência, a Amélia, uma pessoa super parceira. Agora eu fiquei confuso. Porque a outra foi muito marcante e ela já foi minha referência. Porque sei que ela é psicóloga, mas, não, acho que ela não é terapeuta não. Ela é psicóloga. Então, tem que ser TO né? Então, deixa eu ver aqui (Pedro).

Tenho muita dificuldade para diferenciar TO de psicólogo, porque é muito parecido. Qual que é a diferença? Não sei, na verdade a Marcela já me falou inclusive várias vezes e não consigo me lembrar. Sinto a proximidade dela, mas não só comigo, sinto com os usuários em geral, nos dias do plantão dela, por exemplo, ela fica conosco, propõe alguma atividade para distrair os usuários com violão, cantando o que ela gosta ou também fazendo outra coisa. Os outros profissionais são mais reservados, mas não sei dizer também se não seria uma característica própria da Marcela ou se seria algo no geral. Ela tem proximidade sabe? (Melina).

No CAPS eu tenho contato com a Marcela, com a Sabrina e Gustavo. A Sabrina não é TO? Ela é o quê então? A Fabiana, aquela de cabelo cacheado é TO? Eu não sabia, achava que ela era psicóloga, ela é muito gente boa, fala próximo da gente, é afetuosa (Jean).

Nesses relatos são citadas duas terapeutas ocupacionais Marcela e Fabiana, ambas lembradas pela afetuosidade e encontros com “proximidade” como eles nomeiam. Com isso, temos as ações do terapeuta ocupacional, marcadas por disponibilidade e abertura para vinculação. Talvez aqui já tenhamos uma pista de como terapeutas ocupacionais adentram o universo da construção de vínculo e da potencialidade do encontro para com pessoas em sofrimentos psíquico no campo da saúde mental. Como Castro (2005) afirma, que o trabalho do terapeuta ocupacional oferece possibilidade para que o processo de vínculo aconteça; traz sobre a observação atenta, a experiência do olhar, o olhar no rosto, nos olhos, o contato e escuta. Somado a isso, a qualidade de atenção, acolhimento e presença que compõem as ações entre sujeito e terapeuta ocupacional. Morato e Lussi (2018) afirmam ser imprescindível que, na lógica da reabilitação psicossocial, se considere o agir junto ao sujeito que deve estar contextualizado ao seu meio e à sociedade. Sendo assim, entende-se que o cuidado “com”, construído junto ao sujeito, na compreensão das singularidades e cotidianos dessas pessoas tem grande possibilidade de ser efetivo e tangível através da qualidade dos encontros e do vínculo. Talvez, ao explorar cada vez mais as camadas dos relatos dessa categoria, perceberemos como a terapia ocupacional se utiliza disso para sua prática.

Aqui no CAPS? Terapeuta ocupacional? Que eu saiba, quando cheguei aqui não tive contato direto com TO, que eu me lembre. Tinha a Camila, mas eu não tinha contato com ela, acho que o primeiro contato foi a Marcela, me lembro até hoje que foi bem legal. Estávamos lá fora e uma outra pessoa que é da SRT que tem dificuldade pra falar e que gosta muito de ficar perto estava comigo desenhando alguma coisa no papel e a Marcela chegou junto para ver e conversar também. Ficamos conversando e foi a primeira vez que a gente trocou ideia, depois foi nos grupos, mas, antes dos grupos sempre brincava com ela, porque mesmo não sendo minha referência, ela tinha o costume de passar e só cumprimentar as referências dela, aí eu falava: “Tem que falar com todo mundo”. Algumas vezes eu fiz isso e depois passamos a nos encontrar nos grupos, o CapsLock e o Auê na Toca (Melina)

Nesse relato temos a terapeuta ocupacional inscrita no dispositivo de cuidado de ambiência e também nos grupos realizados por esta profissional. A ambiência dentro de um CAPS funciona como um dispositivo de cuidado; dentro da própria organização dos processos de trabalho de um CAPS, existe a estruturação dos profissionais para estarem em espaço de convivência com os usuários que estão no serviço, como na Cartilha CAPS (Brasil,2004) que sugerem que os usuários podem estar de forma intensiva, semi-intensiva ou não intensiva nesse espaço de cuidado.

Ferigato *et al.*, (2016) trazem uma discussão sobre a palavra *conviver*; para as autoras, esse efeito convivial só é possível a partir da experiência do viver com, de *com-viver* com o outro que é diferente de mim, estar com o outro. Segundo as autoras, esse passo é essencial para a produção da convivência. Enfatizam o uso do “com” como antepositivo que reforça o sentido

do verbo “viver”, ou seja, viver a partir do encontro. É nessa perspectiva que temos a produção de diferenças, da ligação entre sujeitos individuais e coletivos, mas também da possibilidade de unir diferentes campos de saberes.

O conviver acaba sendo então um modo de existir na relação com o outro, com pessoas, pensamentos, ambientes e coisas. Esse modo de se relacionar é definido pelas marcas que são produzidas por cada um de nós, ao longo da vida, marcada por outros encontros, outras vivências, experiências, do encontro com diferentes pessoas e diferentes potencialidades e limitações. Isso tudo é convidado a se expressar no ato de conviver (Ferigato *et al.*, 2016). Sendo assim, espaços como esse dentro dos serviços de saúde mental podem ser potencializadores de espaços para vinculação e pertencimento quando os profissionais imbricados a estar nesses espaços conseguem estar abertos e entregues para essa experiência acontecer. Percebemos isso no relato de Melina, quando traz um dos momentos vividos em espaço de ambiência com Marcela, terapeuta ocupacional:

Foi estranho porque não me senti desconfortável, consegui falar alguma coisa, normalmente minha cabeça fica toda branca e não sai nada, depois fui parar para pensar nisso em casa. Ela sempre está atenta ao que a gente está falando, presta muita atenção como se fosse a coisa mais importante do mundo, apresentou o interesse do que estava falando, perguntou sem parecer uma pergunta, não parece algo programado e sim pergunta de interesse dela (Melina).

Teixeira (2015) afirma que para o corpo poder estabelecer relações de composição com outros corpos dependerá de sua maior ou menor capacidade de produzir comum ou de fazer comunidade com esses outros corpos. Tem-se Enes e Bicalho (2014) trazendo a obra de Spinoza, que o corpo é essencialmente relacional e permanentemente afetado pelo mundo do qual faz parte. Nos relatos trazidos pelos participantes parece haver um interesse da profissional em compor esse espaço de fato e isso parece reverberar em confiança e até estranhamento da participante por estar à vontade nesse contato e relação.

Como Medeiros e Moreira (2022) sugerem no trabalho sobre sentidos dos cuidados em saúde mental a partir de encontros e relatos dos usuários de um CAPS, identificam que as atividades dentro de um CAPS vêm, por vezes, carregadas com lista de procedimentos exaustivos e que incidem sobre uma equipe reduzida, com recursos limitados. Porém, apontam que mesmo que o tempo possa estar sendo dedicado a “dar conta” da demanda, é possível observar a delicadeza e sutileza dos processos, das relações.

É nesse sentido que podemos compreender a produção dos encontros nos CAPS como produção de saúde, como Teixeira (2015) expressa: “saúde enquanto estado das relações internas e externas dos corpos que corresponderia à passagem a um maior grau de potência [...]

seria o resultado da produção de comum enquanto problema e solução colocados pela vida” (p.37). Sob esta perspectiva compreende-se a convivência como dispositivo de cuidado, pois, ela em si produz coisas, encontros, relações de poder e movimentos de subjetivação (Ferigato, Silva e Lourenço, 2016).

Sinto a diferença da Marcela com relação aos outros, porque é uma pessoa que você sente falta, porque sei que é alguém que está ali para essa realidade, que não reproduz o preconceito da sociedade, é uma pessoa que é uma profissional voltada para essa estrutura (Pedro).

A não reprodução do preconceito como algo que faz Pedro relacionar a profissional terapeuta ocupacional, diz de como ela se coloca nessa relação que se espelha na percepção do usuário. Como Lima (2004) aponta, o terapeuta que não é capaz de olhar, mas apenas de ver, está apto a fornecer diagnósticos para determinadas situações e assim propor um plano de tratamento pré-estabelecido, não conseguindo entrar num espaço de troca com seu usuário, como agente desse processo. Sendo assim, percebe-se a terapia ocupacional, quando citada em espaço de ambiência, grupo ou atendimento individual como veremos a frente, compondo um espaço de troca e de legitimação desse outro que está diante dela. Os relatos demonstram a identificação com a terapeuta ocupacional e a horizontalidade dessa relação que se desdobra num acompanhamento singular.

A Marcela tem essa pegada meio...eu falo que ela é doida que nem a gente. Ela é diferente, você não vê outro profissional sugerir isso, ela estava fora do horário de trabalho, foi lá por nós e estar naquele local, não que nos outros momentos a gente não se sinta, mas naquele dia parecíamos estar na normalidade da sociedade, uma das coisas que queremos é ser reintegrados (Melina).

Poderíamos dizer que, através desses encontros entre terapeutas ocupacionais e usuários, existe um olhar conectado da terapeuta com as singelas percepções que será possível acolher aquilo que para nós é estranho, podendo aceitar e oferecer a esse outro um lugar no mundo compartilhado (Lima, 2004). Os participantes expressam no encontro com a terapeuta ocupacional um lugar onde há espaço para esse “compartilhar” envolto por situações revestidas de acolhimento, horizontalidade na convivência e interesse por adentrar espaços para estar com esse outro. Ser a pessoa que “*você sente falta*” como Pedro trouxe, de certa forma é dizer que esse profissional o preencheu em algum espaço dentro de si, o atravessou em algum lugar da sua subjetividade. Como Castro (2005) fala sobre ser fundamental que na relação com o outro, com o usuário seja possível que ele exista como ser humano, apesar das doenças, deficiências e dos sofrimentos que o acometem.

Melina traz “*ela é doida como a gente*” mostra uma aproximação e quebra do estigma e o reflexo dessa relação. Ela descreve ações da terapeuta ocupacional que desbrava os muros do CAPS, leva os usuários a atividades em outro ponto da cidade. A participante fala de um desprendimento da profissional para proporcionar a eles a sensação de “*estar na normalidade da sociedade*” e esse ímpeto, faz dela “diferente”. E temos aqui, como Costa *et al.*, (2015) propõem, intervenções da terapia ocupacional considerando a relação do usuário com seu território, nas dimensões materiais e societárias, criando possibilidades e recursos que efetivem a entrada dos usuários no circuito de trocas sociais, seja com relação aos direitos cívicos e sociais, como na sociabilidade.

Temos a descrição de como aconteceram os primeiros encontros e como o contato foi estabelecido, seja tendo o(a) TO como terapeuta de referência, como mediador(a) de grupos, atendimento individuais, seja na própria ambiência no serviço.

[...] hoje o contato com a terapeuta ocupacional acontece às terças e sextas-feiras em grupos e também nos atendimentos individuais. Tenho atendimentos individuais quinzenais pra ter uma conversa mais íntima. Tive contato com TO pela primeira vez aqui no CAPS, só que no início não conseguia aproveitar muito. (Pedro)

No relato acima, a terapia ocupacional vai se desenhando pelo seu fazer dentro do CAPS, ou seja, grupos e atendimentos individuais realizados por terapeuta ocupacional. Todos os participantes dessa pesquisa participam de grupos que têm a terapeuta ocupacional como uma das coordenadoras. Pedro relata gostar mais dos momentos grupais e explora o que é construído como proposta no grupo.

Sobre o atendimento individual e do grupo? Olha, o que gosto mais no momento é o grupo CapsLock que acontece às sextas-feiras, temos uma parte do grupo com escrita poética e discussão filosófica em cima da escrita; gosto bastante dessa discussão filosófica porque são coisas muito reflexivas, isso me atrai. Há outro grupo que é de música que também gosto bastante, ele envolve música, terapia e teatro, isso também me atrai muito, essa questão de música, teatro [...] (Pedro)

Melina fala dos grupos trazendo muito a contribuição da terapeuta ocupacional no processo grupal. Explorando um cenário que é comum aos profissionais que trabalham em CAPS, que em sua maioria realizam grupos, a participante traz pontos singulares sobre a presença da terapeuta ocupacional nessa condução grupal:

A Marcela sempre tenta motivar, qualquer coisa, dá para sentir aquela energia dela. Ela faz isso nos grupos e sempre dá aquela provocada que faz a gente ficar pensando, fez isso várias vezes [...] (Melina)

No grupo CapsLock, que surgiu primeiro, antes do Auê, construímos textos e nele consigo expressar mais o que estou sentindo. Normalmente o que estou sentindo não é muito bom e nisso a Marcela sempre trazia

uma provocação para pensar, de questionar se algo também não teria um lado bom, será que é só o lado ruim mesmo? Enfim. (Melina).

Há características da terapeuta ocupacional Marcela, na condução do grupo que marcam e que são trazidas nos relatos. Adentramos, então, em um campo de atuação muito forte de terapeutas ocupacionais nos centros de atenção psicossociais, que é a atuação em grupos. Para Couto (2023), as mudanças sociais e políticas no intuito de ativar o modelo psicossocial por meio da implantação e crescimento de dispositivos sociais: “[...] como supõem os grupos realizados por terapeutas ocupacionais na RAPS, são vivenciados a partir de um trabalho vivo em ato, trabalho singular e coletivo, transdisciplinar e integral” (p.38).

As atividades surgem no âmbito do contato grupal e são propostas pela equipe multiprofissional, mas percebe-se, através das histórias, como essa dinâmica se dá e como percebem a terapeuta ocupacional na condução dos grupos. Melina fala de certa forma sobre o olhar atento da terapeuta ocupacional sobre algumas características dos participantes e traz um relato sobre como a terapeuta ocupacional aborda sua dificuldade no grupo, descrevendo tais ações: “*ela sugere*”, “*olha*”, “*brinca*”, “*propôs*”, que indicam manejos utilizados pela terapeuta ocupacional na condução do grupo.

No grupo Auê, esse já é um grupo mais recente, ela continuou com as provocações, só que ela sabe da minha dificuldade, pelo menos crédito que sabe, do meu processo de tentar realizar as coisas e ter esse medo de falhar. A Marcela tenta me incentivar a fazer e tem surtido um efeito se parar para ver. Ela sugere, olha, brinca, nesse grupo, ela sabe do meu interesse pelo teclado, ela me apresentou o “cloque”, que tem a separação do teclado; ela chegou me dizendo que parecia com o teclado, propôs a mim conhecer instrumentos novos que se aproximavam do que eu conhecia e sabia tocar. Ela vem propondo as coisas que ela sabe que gosto para tentar fazer me movimentar (Melina).

Maximino e Liberman (2015) sugerem que o primeiro passo para qualquer trabalho com grupos seja ampliar ou criar oportunidades de estar, mesmo que este estado de presença possa ser dinâmico, isso é um desafio para que o coordenador com a proposta e para os participantes. Como uma das habilidades esperadas do coordenador está em estabelecer relações com cada participante e ampliá-las para os outros integrantes. Isto pode ser um retrato de como a terapia ocupacional, no domínio do fazer e da ação, aqui colocando-os como o seu arcabouço teórico prático, junto a percepção do ambiente, dos integrantes que o compõem, consegue articular suas ferramentas e proporcionar caminhos para que as pessoas consigam experimentar e participar dos grupos ofertados no CAPS.

Brunello e Welffort (2015) apontam que a tarefa do grupo é como um movimento no caminho da apreensão do real, permeado pelo enfrentamento das novas situações, transformações e mudanças. Entretanto, sinalizam que isso só é possível de acontecer num

ambiente confiável e acolhedor. Sendo assim, as palavras utilizadas para descrever como é a convivência com a terapeuta ocupacional nos grupos, retrata uma profissional atenta à singularidade de cada integrante e, ao mesmo tempo, alguém que tenta integrar tais singularidades à grupalidade, no objetivo comum do grupo: *“ela vem propondo as coisas que ela sabe que gosto para tentar fazer me movimentar”*. Isto é exposto nesse trecho em que Melina após falar do objetivo geral do grupo, traz uma ação da terapeuta ocupacional que se relaciona com sua singularidade, para incluí-la num movimento grupal, para integrá-la ao todo.

Maximino (1995) aponta que o grupo deve ter um ambiente confiável para que os integrantes possam arriscar estabelecer as relações e usar os objetos. Um espaço que contribua para estimular a experimentação. Segundo a autora, o campo da terapia ocupacional “está localizado na interseção interno-externo, individuo-sociedade (grupo), pensar-fazer, aquilo que é psíquico-aquilo que é corporal, nosso foco está neste encontro que se dá sempre através de uma ação” (Maximino, 1995, p. 29).

No relato dos participantes há atividades que são propostas pelos coordenadores dos grupos, seja o “Auê” como “CapsLock”. Talvez uma singularidade deste profissional, esteja amparada justamente no mergulho do “fazer”, da “atividade” e do “cotidiano”, que na atividade grupal a ser mediada junto a outros profissionais, evidencia-se aquilo que Maximino e Liberman (2015) afirmam, que “o terapeuta ocupacional tem como função essencial oferecer continência para a realização da atividade” (p.16). Essa implicação pode ressoar justamente nessa percepção do profissional atento, que provoca, apresenta algo do interesse, que faz junto, que brinca, garantindo que todos tenham lugar. Esse “fazer junto” do terapeuta ocupacional, Maximino e Liberman (2015) apontam que isso implica um raciocínio complexo e uma ética que considera esse outro também como alguém que tem um saber e que está nesse contexto “para fazer com e não mandar fazer” (p.16).

Os relatos também falam da construção de vínculo, de como a figura da Marcela, TO muito citada, está presente nas experiências dessas pessoas muito ligada ao afeto construído em pequenos gestos e aproximações. Isso pode dizer de como o(a) terapeuta ocupacional se encontra com esses sujeitos e de como se coloca lado a lado a eles e do quanto, tal atitude potencializa a relação de cuidado e de como tal postura possui influência nos manejos de grupos com pessoas em sofrimento psíquico.

No grupo cantamos, a Marcela traz coisas para comermos de vez em quando, ela dança, fazemos poesia, ela toca para dançarmos. Vejo ela sempre quando chego aqui no CAPS, ela é mais extrovertida e tem o fato do contato, dela ser simpática, quebra um pouco o gelo (Jean).

Os participantes trazem algumas palavras que descrevem um pouco sobre o estado de “presença” da terapeuta ocupacional no grupo: “*energia dela*”, “*quebra um pouco o gelo*”, “*provocação para pensar*”, “*incentivar a fazer*”. A relação de vínculo ou de simpatia para com a terapeuta ocupacional talvez diga da relação que ele(a) estabelece com os usuários, membros do grupo, numa horizontalidade na qual não se coloca num lugar neutro. É nesta disponibilidade com ética e afeto, solo fértil para o cuidado poder acontecer com o outro. Como Constantinidis *et al.* (2018) apontam, a relação entre profissional e usuário, o contrato de ambos na aposta de melhora do sofrimento psíquico, traz para o primeiro plano a relação e a partir daí: “a relação é terapêutica, e não a atividade” (p.919).

Os participantes também relatam sobre seus processos individuais diante dos grupos:

Eu acabo pensando que... posso tentar e mesmo que errar vai ser divertido, engraçado nesse caso e tenho conseguido fazer algumas coisas, pequenos passos, coisas que não fazia quando o grupo começou (Melina)

[...] comecei a participar, a fazer os jogos do teatro e continuei a frequentar, se fosse antes, ficaria sentada na roda olhando, fazendo o mínimo possível e agora não, estou participando, consigo sentir, ver essa diferença, não participo completamente ainda, não tenho aquela liberdade e segurança de pegar um instrumento e tocar, de falar “poxa, eu conheço vocês, estudei vocês”, mas consigo fazer algum jogo, participar da parte do teatro (Melina).

Vou embora mais leve e até escrevo melhor, acabo escrevendo e lendo melhor, com mais atenção. Percebo o quanto o grupo me ajuda com a escrita, produz em mim alegria, porque venho aqui, vejo meus amigos e quando vou embora, consigo cumprir meus compromissos, fico mais motivado para escrever, para ver minhas paqueras e ir na terra de Umbanda (Jean).

Segundo Maximino e Libermam (2015), um bom grupo será aquele no qual os participantes sintam confiança em experimentar um encontro com outras pessoas, objetos e ideias; um lugar para ampliar a sensação de conexão e acompanhamento. São nos grupos, onde cada profissional que compõe como coordenador, contará com suas ferramentas, união de saberes e técnicas para disponibilizá-las aos atos de cuidado (Yasui, 2010).

No caso do terapeuta ocupacional, percebe-se a atitude corpo a corpo com cada participante. Por vezes, alguns não saberão dizer o que querem, do que gostam ou estimam (Maximino e Libermam,2015). Como Melina traz do medo de tentar e falhar e de outros aspectos singulares e ocultos que num primeiro momento podem não surgir explicitamente num grupo, mas podem aparecer, por exemplo, pelo silêncio ou pela expressão corporal rígida e contida, etc. É diante de cenários como este que o terapeuta acaba emprestando o seu desejo de que o grupo se constitua e, aos poucos, os próprios participantes podem exercer essa função (Maximino e Libermam,2015). Justamente com todo o cuidado na dinâmica grupal que envolve estar atento, ouvir, perceber as singularidades que surgem no coletivo.

Os participantes descrevem brevemente como acontecem os encontros individuais com a terapeuta ocupacional. Pedro tem Marcela como sua terapeuta de referência e também participa de grupo que ela coordena; Melina convive com Marcela em ambientes da ambiência e grupais. É possível perceber que o encontro quando individual é manifestado por conversas marcantes com escuta, disponibilidade, atenção e interesse.

A Marcela e Eduardo são minhas referências. Com a Marcela (TO) converso diferentes assuntos, ela dá bastante atenção, compreendo a intenção, sei que as colocações são super boas e é super bem-vindo, só que lidar com questões estando limitado, ter uma grande vontade de desejar transpor essas limitações e ao mesmo tempo viver as dificuldades dela, das limitações, é uma tempestade. Eles estão mais próximos e são pessoas que a gente consegue se abrir com o passar do tempo... (Pedro).

Mas já cheguei a ter umas conversas que até achei esquisito, porque eu realmente não sou muito de falar sobre mim mesma e da minha família, das minhas coisas. Num dia de plantão da Marcela, simplesmente sentei lá e a gente conversou bastante, me senti muito confortável conversando com ela, o que é muito estranho (Melina).

Na cartilha CAPS (Brasil,2004), o terapeuta de referência tem sob sua responsabilidade acompanhar junto ao usuário seu projeto terapêutico. É responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica dos objetivos traçados no projeto terapêutico, em diálogo com o usuário e a equipe técnica do serviço. Nas histórias temos relatos tanto do encontro dos participantes com a terapia ocupacional como terapeuta de referência, assim como em espaço de ambiência, grupos e atividades culturais extramuros do CAPS.

Pedro relata dos encontros com Marcela enquanto terapeuta referência que retratam o sentir-se acolhido e do vínculo aos poucos construído: *“são pessoas que a gente consegue se abrir com o passar do tempo”*, *“simplesmente sentei lá e a gente conversou bastante, me senti muito confortável conversando com ela”*. O vínculo e acolhimento têm sido palavras muito utilizadas nesse trabalho, principalmente no âmbito de qualificar esses encontros que os participantes tiveram com a terapia ocupacional, os relatos dessa convivência e do que reverbera dela dizem de momentos e situações permeados por isso.

Castro (2005) aponta sobre o preparo que terapeutas ocupacionais têm em sua formação profissional, o falar sobre cuidado, ética, acolhimento e vínculo, é algo que é aprendido, experimentado e aprofundado na formação. Cita a formação em terapia ocupacional ser guiada por estudos, discussões, observações, vivências e práticas que elaboram um corpo com consistência, formando atitudes e preparando o(a) profissional para um encontro consciente e responsável entre a pessoa que vai se abrindo para receber o acolhimento de uma maneira especial e singular. A responsabilidade pelo outro é algo continuamente visitado, de forma

dinâmica, a cada encontro. Como diz Castro (2005): “A atenção e o acolhimento determinam o receber, a receptividade do receber o outro como relação ética” (p.16).

Melina aborda uma estranheza no seu contato com a terapeuta ocupacional, justamente por conseguir falar de assuntos íntimos para com ela, sinaliza para um diferencial dessa relação e caracteriza a escuta da terapeuta ocupacional, desse vínculo construído e Pedro percebe na profissional uma característica que para ele é muito importante para o cuidado acontecer.

Para Castro (2005), o trabalho da terapia ocupacional oferta possibilidade para que o processo de vinculação aconteça, o vínculo vai se constituindo na experiência interpessoal do relacionamento que vai se estabelecendo, sendo através dele construída uma identificação. Percebemos isso quando Melina cita “*ela é louca como a gente*” ou como quando se identificam com algo em comum, como quando Melina fala sobre família:

Quando eu penso na Marcela, logo de cara penso nos filhos dela, em família, espontaneidade, ela é quem ela é, não parece ter uma máscara que normalmente os outros profissionais têm. Ela não sabia do que estava passando com relação a minha família e com ela fui conseguindo abrir sobre isso, falei do meu irmão, dos meus sobrinhos, da idade deles, do que eles gostavam, faziam e ela foi falando dos filhos dela também (Melina).

É no vínculo entre terapeuta e sujeito atendido que as possibilidades de reatualizam, nessa relação com o próprio processo de amadurecimento da vinculação que o aprofundamento e novas experiências vão ganhando espaço para novas propostas, ampliando, assim, o espaço de liberdade (Castro, 2005). Isto pode ser relacionado ao fato de Melina citar as “*provocações*” da terapeuta ocupacional no grupo, indicando existir uma zona do vínculo que amplia a aproximação e identificação, como nos esclarece Castro (2005). Para a autora, a terapeuta ocupacional consegue adentrar o mundo singular do sujeito buscando o mover para um estado de presença e experimentação do novo. No caso de Melina, é como se ela autorizasse Marcela a fazer as provocações que a fazem refletir. Assim, com a construção de vínculo, há uma abertura para tolerar o incomodo das provocações:

No grupo Auê me marca muito as provocações, falo provocações porque no momento fico brava às vezes, mas depois fico pensando e entendo o que ela fez, de incentivar a pensar em outras possibilidades, porque é tudo muito pessimista dentro da minha cabeça e quando ela fala me mostra outra possibilidade e acho que ficar pensando sobre isso me ajuda um pouco (Melina)

O cotidiano acaba sendo introjetado na relação da terapeuta ocupacional com o usuário, pois, como citamos acima, ele acaba sendo o pano de fundo da atuação do terapeuta ocupacional, uma vez que é nesses cotidianos que temos os diferentes contextos sociais, relações interpessoais, de poder, configurações de vida e autonomia sendo colocados e

subjetividades sendo criadas. Como Galheigo (2012) aponta, o cotidiano é constituído por aspectos da subjetividade, cultura, história e poder. Há de se ter o compromisso ético e político com as necessidades dos usuários considerando-o na relação sujeito-cotidiano-história e sociedade.

Pedro fala sobre as propostas da terapeuta ocupacional que se relacionam à retomada de atividades significativas e de autonomia e qualidade de vida:

Marcela também já trouxe sobre voltar a tocar, várias coisas, mas depende das minhas aberturas também, isso é muito importante. Trouxe sobre a questão da cadeira de rodas, sobre o acento para não surgir escaras, ela tem toda uma preocupação muito significativa e detalhada, porque ela é especializada, já trabalhou com pessoas cadeirantes. Ela é uma profissional bem indicada para o meu caso, fico triste por não me abrir para essas possibilidades, porque às vezes perco a cabeça com nada, não consigo explicar (Pedro)

Castro (2005) aponta que com um acesso ao campo de conhecimento, o terapeuta ocupacional agirá como um interlocutor do sujeito, com recurso técnico e científico, frente tudo que é apresentado no contexto social, ambiental, acompanhando na construção de possibilidades de lidar com as questões que envolvem o sujeito na compreensão de sua saúde e dos recursos e direitos que podem favorecer transformações nos modos de vida e no contexto em que ela se desenrola. No relato de Pedro, a terapeuta ocupacional é citada como aquela que se preocupa e que demonstra um conhecimento técnico sobre sua comorbidade em saúde, mas Pedro refere ainda não se abrir para as possibilidades apresentadas e há nessa medida um respeito da terapeuta ocupacional pela autonomia do usuário na decisão sobre o seu cuidado.

Abordamos também com os participantes sobre os sentidos atribuídos do encontro com a terapia ocupacional, porém os relatos estão muito ligados à figura da terapeuta ocupacional, sendo assim, podemos dizer que os sentidos estão relacionados à figura da pessoa, da terapeuta ocupacional que convive com eles de diferentes formas (grupos, ambiência, técnica de referência). No entanto, mesmo sendo personalizado na pessoa da terapeuta, não podemos deixar de considerar que esta terapeuta tem como vetor de subjetivação, ser terapeuta ocupacional.

Sinto que os grupos e atendimentos tem me ajudado a me sentir pelo menos “uma pessoa”, a voltar mais leve pra casa, saber que existe um lugar onde não vou me sentir mal por ser quem eu sou no momento, por mais que eu tenha as minhas dificuldades, aqui é como se eu não as tivesse (Pedro).

Para mim, os encontros com Marcela são sempre marcantes, porque venho para CAPS esperando, por mais que não queira admitir isso, sempre venho para recarregar as baterias, é sempre marcante, sempre me toca em algum ponto [...] (Pedro)

Finalizando a discussão, os relatos trazem as ações que marcaram a trajetória de cada participante junto à terapeuta ocupacional. É possível identificar ações marcadas pela escuta, disponibilidade, propostas de vivências conjuntas extramuros, aproximação com sonhos e necessidades, outras possibilidades e implicação disso em suas vidas cotidianas.

Teve uma conversa, as nossas conversas, pra ser mais exato, são muito marcantes pra mim, que alcançam uma profundidade...atendimentos com Marcela são voltados pra conversa porque estou resistindo ainda, me sinto um pouco bloqueado, ela sempre propõe algo, como umas saídas, fico muito isolado em casa, ela já propôs me acompanhar (Pedro).

Ficamos conversando, um diálogo que não parecia ser com uma profissional, não é que não é profissional, é que nós temos uma visão que parece que profissional não tem problema e também sabemos que não é verdade, sabemos disso. Só que quando acontecem situações como essa, dessa conversa espontânea, pensamos que não parece ser um profissional detentor do saber, mas simplesmente alguém que se importa (Melina)

O momento que mais me marcou do contato com o grupo e Marcela foi no quando estava escrevendo o meu livro, pois quando estava no grupo conversava com eles, escrevia meus textos e chegava em casa com inspiração e ideias para escrever... (Jean).

Ter como memórias de ações marcantes a qualidade da aproximação e escuta entre duas pessoas, profissional e sujeito das ações de cuidado, mostra algo que não é enrijecido e que possibilita compreender o sujeito na sua integralidade, podendo ajudar, assim, a reconhecer até mesmo as principais necessidades de cuidado que ele(a) traz.

Um ponto específico? Família. Pensando na Marcela de novo, foi sobre o que conversei com ela. Ela tem os filhos dela e eu tenho os meus sobrinhos, nós começamos a falar de criança e ficam as duas conversando, acho que família porque foi algo marcante para mim, pois não gosto muito de falar da minha família, não é que não goste, é que já tive muitos problemas, principalmente nos últimos dois anos e é meio complicado falar e não sei como explicar para as pessoas. Mas com ela consigo falar sobre isso, ela escuta e demonstra aquilo de novo, o interesse. Ela escuta, pergunta, por exemplo, teve um dia que perguntei para ela o que aconteceria se meu pai quebrasse a medida protetiva e ela foi me ajudando a pensar se não teria como chamar a polícia, me ajudou a encontrar uma solução. Em outros momentos ficamos conversando, ela mostrou as fotos da família dela, dos bichinhos e é sobre isso que eu falo, dela não parecer um profissional, parece gente como a gente (Melina).

Atividades no território, fora do serviço de saúde mental, também foram citadas como marcantes, principalmente pela presença da terapeuta ocupacional junto, trazendo a proposta e estimulando a participação. Surge novamente nos relatos o estranhamento, por não esperarem isso de uma profissional de saúde mental. Isso nos leva a indagar se há o fomento de ações extramuros nos CAPS ou se é algo que fica a cargo de alguns profissionais que defendem e tomam a frente dessas ações.

Leão e Salles (2017) trazem de como o entendimento sobre cotidiano interfere nas ações territoriais e possibilitam que alguns dos objetivos do cuidado em saúde mental sejam

realizados por terapeutas ocupacionais. Objetivos estes, podendo ser inclusão social, conquista de autonomia, que são compartilhados entre a equipe, podem ser desenvolvidas pela abordagem do cotidiano realizado por terapeutas ocupacionais. Conceitos como território, reabilitação psicossocial e cotidiano são articulados entre si e, ainda segundo as autoras, o elemento que guia a clínica da terapia ocupacional em saúde mental é a construção de um cotidiano significativo, e isso acaba por dialogar de forma interdisciplinar com outras áreas profissionais no campo da saúde mental. Como Leão e Barros (2011) e Lima *et al.*, (2015) destacam, que práticas de atenção às pessoas com transtornos mentais requerem ações para além da área de saúde mental, sendo necessário esforços para promover relações e parcerias intersetoriais para tornar isso possível, “[...] favorecer o acesso a serviços e bens públicos, como educação e cultura, e, assim, estimular condições para o exercício da cidadania” (Leão e Barros, 2011, p.149). As autoras apontam que proporcionar condições para o aumento de autonomia e emancipação dos sujeitos acontece por meio do acesso aos direitos de cidadania, que produz inclusão social, alinhado então à perspectiva da reabilitação psicossocial. Segundo elas, é no cotidiano, no espaço do território que isso ocorre e o terapeuta ocupacional junto a outros trabalhadores da saúde mental, podem realizar ações que conversem com esses objetivos. “Ao estar em sua cena cotidiana é fator potencializador do viver real” (Leão; Salles, 2017, p.69).

Um dia, a Marcela junto com a Helena assistente social nos levou a um sarau, só que não é um sarau, era só leitura do Sérgio Vaz, comemorando o aniversário dele. O Sergio Vaz estava lá, as pessoas recitavam, sabe? Já viu o Slam do 13? Então é meio que isso. Nós fomos com elas, foi um convite da Marcela, nos trouxe até uma estação aí pensei: “essa pessoa não é igual às outras pessoas, não é igual aos outros profissionais”. Foi numa terça-feira e ela também nos deu um livro do Slan do 13, fiz a leitura do livro todo, muito bom. Só que o livro não está comigo, está com um dos outros dois colegas que foram também (Melina).

São nessas ações trazidas na história de vida dos participantes e o cuidado em saúde mental em CAPS que adentramos na discussão sobre fomento a participação social no campo da saúde mental. Segundo Silva e Oliver (2019), a participação social se refere ao envolvimento das pessoas em grupos sociais e/ou nos espaços públicos e comunitários, para transformar as condições de vida e cotidiano atravessados pelo “[...] adoecimento, violência, sofrimento mental e/ou psíquico, injustiça social e ocupacional, desigualdade, preconceitos, exclusão e opressão” (p.859). Trata-se, então, de uma prática política e emancipatória que acontece nos contextos sociais econômicos, políticos e culturais, em nível macro e microssocial (Silva; Oliver, 2019).

Na revisão sistemática de Silva e Oliver (2019) sobre participação social, apontam que o conceito tem sido amplamente utilizado por terapeutas ocupacionais e que promover a

participação social é um compromisso técnico e político. Todos os artigos analisados legitimaram a participação social por meio de estratégias e tecnologias específicas pelo terapeuta ocupacional. Em suma, a participação social é, segundo as autoras, o ponto de partida, processo e ponto de chegada as práticas da terapia ocupacional, inscrita na arte, cultura e saúde (Silva; Oliver, 2019).

Atuar na perspectiva do território é considerar os espaços físicos, simbólicos e sociais, articulando-os ao cotidiano que abrange o particular e o coletivo (Leão; Salles, 2017); o território compõe, assim, o campo da participação social.

Quando Melina cita a experiência que a marcou junto a terapeuta ocupacional numa atividade cultural fora do serviço do CAPS; refere que essa ação, convite da TO e forma como ela e seus colegas chegarem no local como: *“essa pessoa não é igual às outras pessoas, não é igual aos outros profissionais”*, traz o entendimento de que talvez ações como esta que envolvem organização, disponibilidade, coragem e planejamento das formas de acesso a outros locais da cidade, não são fomentados por todos os profissionais do CAPS; mostra também como a disponibilidade da terapeuta ocupacional marcou Melina.

Expressamos tal reflexão, não afirmando que somente terapeutas ocupacionais fomentem ações territoriais, mas sim propondo discutir sobre a lógica do intramuro, da excessiva cobrança por outras demandas internas do serviço, no qual ações como esta acabam ficando em segundo plano. Ações que são desenvolvidas muitas vezes por profissionais que se identificam com fomento de ações fora dos serviços e a potencialidade delas, fazem parcerias e tomam a responsabilidade, assim, de efetivar propostas territoriais como no caso de Melina (terapeuta ocupacional) e Helena (assistente social).

Essas ações possuem sua complexidade, requerem organização prévia, disponibilidade dos profissionais para sair do “conforto” das atividades dentro do serviço e desbravarem junto aos sujeitos o território seja a pé, de ônibus, metrô e outras formas que possam garantir a acessibilidade e acesso à cultura, por exemplo. É se abrir para “estar com”, guardando os crachás, estando como sujeito do encontro, prezando pela horizontalidade e possibilidade dessas pessoas experienciarem estar com outras pessoas em atividades culturais; que não necessitem se nomear pelo diagnóstico ou por serem usuárias de serviços de saúde, mas pelas pessoas que são e serem legitimadas por profissionais que bancam ações como esta citada pelos participantes.

Finalizando esse tema de discussão, do encontro com a terapia ocupacional, nos aproximamos dos participantes compreendendo a forte presença do terapeuta ocupacional no encontro, na relação, no processo de vinculação. Há a ação muito marcada do terapeuta

ocupacional nos grupos ofertados no serviço e do quanto há singularidades no manejo que dizem da caixa de ferramentas do terapeuta ocupacional, que está muito imerso na perspectiva da atenção psicossocial, considerando sujeito, território e cotidiano. Tivemos, de forma muito enfática, a qualidade dos encontros, da não neutralidade e passividade do terapeuta ocupacional e como isso favorece a construção do cuidado para com os sujeitos. Mostrou-nos as parcerias que o terapeuta ocupacional realiza, da interdisciplinaridade e a necessidade de fomento a ações territoriais, que caminhem na direção da participação social. Adentramos diferentes cenários da vida dessas pessoas e suas subjetividades, compreendemos que quando há disponibilidade para encontrar e conviver, as ações de cuidado encontram terrenos fértil para fazer valer os objetivos da atenção psicossocial. Independentemente das formas como os sujeitos encontraram a terapia ocupacional no CAPS, seja como terapeuta referência, coordenadora de grupo, em plantão de ambiência e acolhimento inicial, a(o) terapeuta ocupacional foi lembrado pela forma que ele(a) “encontra”.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa buscou realizar o relato e análise das histórias de vida dos sujeitos das ações de terapeutas ocupacionais que atuam no campo da saúde mental, focalizando os sentidos do cuidado em terapia ocupacional segundo a perspectiva desses atores. A pesquisa permitiu darmos, primeiramente, atenção às histórias de vida dos sujeitos, compreendendo como eles se colocam diante da vida, atravessada pelo sofrimento psíquico. Nos diferentes relatos, observamos semelhanças, diferenças, singularidades que conseguimos explorar as subjetividades construídas a partir de situações muito difíceis na trajetória de cada um. A entrada no serviço de saúde mental se dá diante de situações limite, de crise, sofrimento psíquico intenso; fomos identificando como essa vida que chega muito fragilizada e sem perspectiva vai ganhando corpo e lugar dentro do CAPS, pelo acolhimento, escuta, vínculo e participação nas atividades oferecidas no serviço.

Compreendemos que os temas “Histórias de Vida” e “Relação com o CAPS” dizem do campo, dessa trajetória que liga a vida singular de cada um ao cenário do CAPS. É no relato da vida vivida, das dores, limitações, fragilidades, questões relacionadas a autonomia, do entendimento e expectativa do que é estar no mundo e participar dele, que notamos a entrada no CAPS ser caracterizada por fatores que envolvem esses aspectos da vida; uma chegada sem muita expectativa de querer vivê-la. A partir dos relatos, foi possível fazer a discussão sobre um campo de produção de cuidado muitas vezes baseada pela racionalidade médica e que reforça a medicalização e patologização da vida. O processo de desconstrução dessas práticas segmentadas e de especialidades é um movimento necessário e urgente no campo da saúde mental.

Tratamos sobre a necessidade de reforçarmos o cuidado com base na clínica ampliada e de não perder a base, fundamentada na atenção psicossocial. Necessidade de afirmar um cuidado a ser construído “com”, possibilidade de trazer o sujeito para pensar junto o seu cuidado, assim como viabilizar que outros espaços componham as estratégias estabelecidas para o cuidado efetivo, em rede, possibilitando que a participação social ocorra de fato, que os meios de efetivar o exercício da cidadania não permaneça somente dentro dos muros dos serviços de saúde mental.

O intra e extramuros dos CAPS foi discutido a partir do momento que tanto os relatos como referenciais teóricos utilizados apontam que ainda há uma fragilidade referente à articulação desses serviços com outros pontos da rede e setores; do risco de práticas manicomial e tutelares serem sustentadas pelos centros de atenção psicossociais, contrapondo

a potencialidade de ações que poderiam ser realizadas em parcerias, envolvendo setores da arte e cultura, por exemplo. Nos relatos compreendemos o lugar do CAPS como um espaço acolhedor, de aceitação, de quebra de estigma e promotor do resgate a autonomia; mas questionamos também o quanto esses serviços exploram o fora, o extramuros, com ações que fomentem a contratualidade, cidadania e participação social.

A partir dos relatos dos participantes, inferimos que há nos CAPS ações que movem e, de alguma forma, imprimem algum sentido à vida dessas pessoas. Estes serviços promovem a convivência e atividades que se distinguem do “lado de fora”. Espera-se que as ações de atenção e cuidado com base na atenção psicossocial esteja além da divisão “dentro” e “fora”, mas que atividades no território promovam esta integração. Ações com a comunidade e com outros serviços, setores da arte e cultura desenvolvidos, justamente para ampliar as possibilidades dessas pessoas estarem no mundo e não somente se distrair dentro dos serviços de atenção psicossocial.

Apontamos a necessidade do fomento e estabelecimento de estratégias nesses locais de cuidado que façam articulações comunitárias, que a articulação em rede de atenção ampliada seja efetiva, possibilitando vinculação e a real participação social e apropriação da comunidade em torno da saúde mental. Compreendemos a importância de considerar a participação do sujeito no plano de cuidado, das possibilidades de escolha e atenção, caminhando junto aos princípios da atenção psicossocial, da integralidade, da responsabilização do processo de cuidado, tanto dos sujeitos quanto dos profissionais. Nesse sentido, talvez seja relevante outros estudos, que envolvam mais os usuários e os serviços da atenção psicossocial, tendo a oportunidade de falar e trazer das experiências de cuidado vivenciadas no CAPS, que tragam mais elementos para discussão sobre atividades territoriais, a articulação em rede dos serviços de atenção psicossocial.

Sobre o “Encontro com a Terapia Ocupacional”, houve o aprofundamento da relação de cuidado do usuário para com a terapeuta ocupacional, na intenção de identificar elementos que pudessem dizer do núcleo da terapia ocupacional nesse cenário de atuação sob a perspectiva do encontro trazido no relato das histórias de vida dos sujeitos. Tanto no relato do primeiro contato com o(a) terapeuta ocupacional, como nas vivências em grupo e individual com a profissional há características que se relacionam ao vínculo, disponibilidade para encontro, percepção de alguém atento e que não se coloca num lugar neutro na relação com o outro. Os referenciais teóricos demonstram como a formação profissional do terapeuta envolve aprendizado e vivências que reverberam em suas práticas, apontamos para cotidiano, sujeito, autonomia e participação social.

Os sentidos trazidos falam do terapeuta ocupacional que incentiva os usuários a caminharem na vida, que realiza provocações, sugestões e utiliza de instrumentos para favorecer inclusão, seja nas propostas grupais como territoriais; se dispõe para garantir a acessibilidade do usuário com seu grupo e também para com seu território, tudo isso, permeado pelo vínculo que estabelece com o sujeito, pelo interesse e abertura para encontros.

As histórias retratam um profissional que não trabalha sozinho, que faz parcerias, que se envolve em propostas de forma interdisciplinar. E no momento de relatar ações que poderiam ter marcado a vivência junto à terapia ocupacional, percebe-se que o que marca é como esse encontro acontece, como os afetos são geridos e refletem num aumento de potência; as lembranças relatadas expressam delicadeza, respeito e uma escuta de alguém que quer ouvir.

Quando entendemos as histórias dos participantes carregadas de vivências que são permeadas por esse encontro com ética, respeito, cuidado, interesse e disponibilidade tem-se aqui não somente uma única percepção, que possa ser a de atribuir tais atitudes exclusivamente às características pessoais do(a) terapeuta ocupacional. Inferimos que os relatos nos dizem também de um núcleo profissional que tem como constituinte o encontro com o sujeito, entendendo-o como sujeito-histórico em um contexto e cotidiano que compõem sua subjetividade.

Entendemos que um número maior de sujeitos e ampliando a participação de usuários de outros serviços de saúde mental e aumentando o número de experiência do encontro com a terapia ocupacional, poderia trazer mais elementos para analisarmos o núcleo da profissão nesse campo.

Enquanto propósito desse estudo em compreender o que os sujeitos vivenciaram na e com a terapia ocupacional, do que esta propiciou enquanto experiência, esse estudo cumpriu seus objetivos. Os participantes dessa pesquisa trouxeram a perspectiva do encontro com uma pessoa que cuida. Com a narrativa sobre esse encontro com a terapia ocupacional foi possível nessa direção, trazer ações do terapeuta ocupacional que dizem do seu arcabouço de ferramentas do núcleo que favoreceram esses encontros e o cuidado ofertado ao sujeito.

Em suma, compreendemos a necessidade de mais estudos que considerem o protagonismo dos sujeitos na construção de conhecimento em terapia ocupacional. Essa pesquisa propôs dar espaço aos sujeitos que são centrais no cuidado ofertado em saúde mental, nas intervenções de terapeutas ocupacionais, assim como explicitou através da história oral, histórias legítimas, de pessoas que se abriram a uma contribuição ímpar para construção de conhecimento em terapia ocupacional e há muito do que se compreender dela nesse campo e muito do que se considerar de quem se encontra com ela: o sujeito.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. M.P.; CARDINALI, I.; BIANCHI, P. C.. Terapia ocupacional e a expressão “produção de vida”: o que dizem as produções brasileiras?. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, 2021.

AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARNTZEN, Cathrine. An embodied and intersubjective practice of occupational therapy. **OTJR: Occupation, Participation and Health**, v. 38, n. 3, p. 173-180, 2018.

ASSAD, Francine Baltazar e PEDRÃO, Luiz Jorge e CIRINEU, Cleber Tiago. **Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 24, n. 4, p. 743-753, 2016 Tradução . . Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoao0738>. Acesso em: 06 abr. 2024.

AYRES, J.R.C.M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):43-62, 2007.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1):63-72, 2001.

AYRES, J.R.C.M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.16-29, set-dez 2004

BALLARIN, M.L.G.S. CARVALHO, F.B. FERIGATO, S.H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde São Paulo**: 2009;33(2):218-224.

BARBOSA, Estela Capelas; DE OLIVEIRA, Flávia Mendes. Inovação tecnológica em saúde: o CAPS transformando o modelo assistencial. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 180-197, 2018.

BARROS A.C., SILVA J.V DOS S, TS ZESNIOSKI L. DE C., SILVA L.K.B DA, SANTOS M.Z DE A.L. A percepção do usuário de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a assistência em saúde mental. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 16º de julho de 2021 [citado 14º de abril de 2024];54(1):e174040. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/174040>

BALCAZAR, F. E., KEYS, C. B., KAPLAN, D. L. (2006). Participatory action research and people with disabilities: Principles and challenges

BENETTON, M. J. Terapia ocupacional: conhecimento em evolução. **Revista CETO**, São Paulo, ano 1, n. 1, p. 05 - 07, 1995.

BENETTON, M. J. O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para construção de significados. **Revista Ceto**, ano 2012, nº 12,, pp. 32-9, 2010.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A instituição e sua borda. In: FONSECA, T.G.; KIRST, P. (Org.). **Cartografias e devires: a construção do presente**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, . p. 341-355, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BERTOLETE, J. M., MELLO-SANTOS, M., & BOTEGA, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Supl II), 88-89. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>

BRASIL. (2006). *Ministério da Saúde. Estratégia nacional de prevenção do suicídio; prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Retrieved from http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRUNELLO, M. I. B.; CASTRO, E. D.; LIMA, E. A. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. **TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, p. 41-59, 2001.

BRUNELLO, M.I.B.; WELFFORT, C.F. Relato de experiência de um grupo de culinária em Caps In: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. **Grupos e Terapia Ocupacional: Formação, pesquisa e ações**. 1 ed. São Paulo: Summus Editorial, 2015, p. 210-225.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada—sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, RJ. v.25 n.58, p. 98-111, mai/ago 2001.

CAMPOS, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3033-3040, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(2):219-230, 2000.

DE OLIVEIRA CARDOSO, MÁRCIA ROBERTA; DE TARSO RIBEIRO DE OLIVEIRA, PAULO; FREIRE PIANI, PEDRO PAULO. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. *Saúde em Debate*, vol. 40, núm. 109, abril-junio, 2016, pp. 86-99 Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil.

CAVALCANTE, Deisiluce Miron; CABRAL, Barbara Eleonora Bezerra. Uso de medicamentos psicotrópicos e repercussões existenciais para usuários de um CAPS II. **Estud. psicol.** (Natal), Natal, v.22, n.3, p.293-304, set. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2017000300006&ln

g=pt&nrm=iso>. Acessos em 13 abr. 2024. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170030>.

CHAPPARO, C.; RANKA, J. Clinical reasoning in occupational therapy. In J. Higgs, M. A. Jones, S. Loftus ; N. Christensen (Eds.), **Clinical reasoning in the health professions**. London: Elsevier, p. 265-277, 2008.

COSTA,E.S. NOAL,M.H.O. O papel do Projeto “Comunidade de Fala” no empoderamento e Recovery de usuários dos serviços de Saúde Mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.9, n.21, p.199-211, 2017.

CONSTANTINIDIS, T.C., ANDRADE, A.N. Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):333-342, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015202.18652013

CONSTANTINIDIS, T. C. **Familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de saúde mental: encontros e desencontros**. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade Federal do Espírito Santo, 220 pp.

CONSTANTINIDIS, T.C.; CUNHA, A.C. Desinstitucionalizando conceitos: a terapia ocupacional em busca de um (novo) lugar no cenário da saúde mental In: MATSUKURA, T.S., SALLES, M.M. **COTIDIANO, ATIVIDADE HUMANA E OCUPAÇÃO**: Perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental. São Carlos: EdUFSCar,2017 p.37-59.

CONSTANTINIDIS, T.C. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro? *Psicologia USP*, volume 28 I número 1 I 23-32, 2017.

CONSTANTINIDIS, T.C.; CID, M. F. B.; SANTANA, L. M. e RENO, S. R.. **Concepções de profissionais de saúde mental acerca de atividades terapêuticas em CAPS**. *Temas*

psicol. [online]. 2018, vol.26, n.2, pp. 911-926. ISSN 1413-389X. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2018.2-14Pt>.

COSTA, L.S, ALMEIDA, S. C., & ASSIS, M. G. (2015). Reflexões epistêmicas sobre a Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 23(1), 189–196. <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoARL432>.

COUTO, Ana Carolina Drumond. Terapeutas ocupacionais e dispositivos grupais na Rede de Atenção Psicossocial. 2023. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/18823>.

COVELO B.S.R, Badaró-Moreira M.I. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1133-44. DOI: 10.1590/1807-57622014.0472.

CRABTREE, J. L. The End of Occupational Therapy. **American Journal of Occupational Therapy**, 1998.

DE CASTRO, Eliane Dias. Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da terapia ocupacional. **Revista de terapia ocupacional da universidade de São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 14-21, 2005.

DA SILVA, M.C.; DE ARAÚJO, M.K.V. TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL: EVIDÊNCIAS BASEDAS NAS PORTARIAS DO SUS. **Revista Baiana de Terapia Ocupacional (inativa/apenas arquivo)**, v. 2, n. 1, 2013.

DA SILVA LIMA, Mirla; DE AGUIAR, Ana Caroline Leite; SOUSA, Mabel Melo. O cuidado compartilhado em saúde mental como potencial de autonomia do usuário. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 4, p. 675-686, 2015.

DELEUZE, G. **Empirismo e Subjetividade: ensaio sobre a natureza humana** segundo Hume (L. B. L. Orlandi, trad.). São Paulo: Editora 34,2001.

DELEUZE,G. Espinosa: filosofia prática-São Paulo:Escuta,2002, 144p.

DELGADO,L.A.N. História oral e narrativa: tempo, memória e identidades. **HISTÓRIA ORAL**, 6, p. 9-25, 2003.

DEMONARI GOMES, Laysla *et al.* Vamos refletir sobre a prática? A aplicabilidade de uma ferramenta reflexiva para sustentar o raciocínio profissional em terapia ocupacional. **Brazilian Journal of Occupational Therapy/Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, 2022.

ENES NS, BICALHO MGP. Desterritorialização/Reterritorialização: Processos Vivenciados Por Professoras De Uma Escola De Educação Especial No Contexto Da Educação Inclusiva. Educação em Revista | Belo Horizonte | mar. 2014| v.30 | n.01 | p. 189-214.

FAUSTINO, D. M. Frantz Fanon, a branquitude e a racialização: aportes introdutórios a uma agenda de pesquisas. In: MULLER; CARDOSO (org.). Branquitude: estudos sobre a identidade branca no Brasil. Curitiba: Apris, 2017. rever

FERIGATO,S.H. CAMPOS,R.T.O., BALLARIN,M.L.G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP,6(1),2007.31

FERIGATO SH, SILVA CR, LOURENÇO GF. A convivência e o com-viver como dispositivos para a Terapia Ocupacional Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, 2016. v. 24, n. 4, p.849-857.

FONSECA, T.M.G.; JAEGER, R. L. A Psiquiatrização da Vida: Arranjos da Loucura, Hoje In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

FRANCO,F.; CASTRO,J.C.L.;MANZIL,R.;SAFATLE,V.;AFSHAR,Y. O sujeito e a ordem do mercado: gênese teórica do neoliberalismo. In: SAFATLE, V.P.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C.I. L. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. . Belo Horizonte, MG: Autêntica. 2022.

GALHEIGO, Sandra Maria. Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teórico-conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias . *Cad. Bras. Ter. Ocup* ; 28(1): 5-25, jan.-mar. 2020.

GALHEIGO, Sandra Maria. A Transdisciplinaridade enquanto princípio e realidade das ações de saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 10, n. 2-3, p. 49-54, 1999.

GALHEIGO, S. M. Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justiça social y compromiso ético-político. *TOG (A Coruña)*, Galícia, v. 9, n. 5, p. 189-325, 2012

GUATTARI, E.; ROLNIK,S. Micropolítica: cartografias do desejo.7. ed. Petrópolis: Vozes,2005.

HELLER, Agnes. Sociología de la vida cotidiana. Trad. J. F. Yvars e E. Pérez Nadal. Barcelona: Península, 1977 In: O cotidiano e a história. Trad. Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

JAVADIZADEH E., OUDSHOORN A., LETTS L., BARBIC S., SHANOFF C., MARSHALL C.A. Participatory Research with Persons who Experience Mental Illness in Occupational Therapy: A Scoping Review. *Can J Occup Ther*. 2024 Jan 19:84174231212760. doi: 10.1177/00084174231212760. Epub ahead of print. PMID: 38240309.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2011.

KINSELLA, E. A.; WHITEFORD, G. (2009). Knowledge generation and utilization: Toward epistemic reflexivity. **Australian Occupational Therapy Journal**, 56(4), 249-258.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Uma perspectiva ético-estético-política para as atividades em terapia ocupacional. In: SILVA, Carla Regina (organização). Atividades humanas e terapia ocupacional: Saber-fazer, cultura, política e outras resistências. Hucitec; 1ª edição, 2019, 348p.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. Desejando a diferença: considerações acerca das relações entre os terapeutas ocupacionais e as populações tradicionalmente atendidas por estes profissionais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 2, p. 64-71, maio/ago. 2003.

LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 42-8, maio/ago., 2004.

LIMA, E. M. F. A.; GUIRARDI, M. I. G. Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 153-158, set./dez. 2008.

LEÃO, A. E BARROS, S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2011;15(36):137-152.[fecha de Consulta 13 de Abril de 2024]. ISSN: 1414-3283. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119115018>

LEÃO,A.; SALLES,M.M. Cotidiano, Reabilitação Psicossocial e Território: reflexões no campo da terapia ocupacional. In: MATSUKURA, T.S., SALLES, M.M. **COTIDIANO, ATIVIDADE HUMANA E OCUPAÇÃO: Perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar,2017 p.61-76.

LOPES, T.S.; DAHL,C.M.; DE SERPA JUNIOR,O.D.; LEAL,R.M.; CAMPOS,R.T.O; DIAZ,A.G. O processo de restabelecimento na perspectiva de pessoas com diagnóstico de

transtornos do espectro esquizofrênico e de psiquiatrias na rede pública de atenção psicossocial. *Saude soc.*. 2012. Vol. 21(3):558-571.

LUSSE, I.A.O.; MORATO, G.G. Terapia Ocupacional e Trabalho: perspectivas históricas e possibilidades atuais no campo da saúde mental In: MATSUKURA, T.S., SALLES, M.M. **COTIDIANO, ATIVIDADE HUMANA E OCUPAÇÃO: Perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental.** São Carlos: EdUFSCar, 2017 p.77-90.

LUSSE, Isabela Aparecida de Oliveira. Emancipação social e terapia ocupacional: aproximações a partir das Epistemologias do Sul e da Ecologia de Saberes1. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, p. 1335-1345, 2020.

MÂNGIA, E. F. Apontamentos sobre o campo da terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. USP**, v. 9, n. 1, p. 5-13, 1998.

MARAVILHA, Laura Maria Monteiro. DESOSPITALIZANDO: OS LIMITES DO “PSICOSSOCIAL” NA PSICOLOGIA PRATICADA NOS CAPS. Centro Universitário Cesmac. *Psicologia & Saberes*, 2012, 1(1), pp. 64-68

MANSANO, S.R.V. Sujeito, subjetividade e modos de subjetivação na contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, 8(2). 110, 2009.

MARCOLINO, T.Q., LOURENÇO, G.F., REALI, A.M.M.R. “This is my take-home for life!”: professional practice learning on a Community of Practice. **Interface (Botucatu)**. 21(61):411-20, 2017.

MARCOLINO, T.Q., POELLNITZ, J.C.V., SILVA, C.R., VILLARES, C.C., REALI, A.M.M.R. “É uma porta que se abre”: reflexões sobre questões conceituais e de identidade profissional na construção do raciocínio clínico em terapia ocupacional. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 403-411, 2019.

MAXIMINO, V. S. A constituição de grupos de atividades com pacientes graves. *Revista CETO*. v. 1, p. 27-31, 1995.

MAXIMINO, V.; LIBERMAM, F. Cenas em formação: buscando na prática os pressupostos para o que fazemos com grupos In: MAXIMINO, V.; LIBERMAN, F. **Grupos e Terapia Ocupacional: Formação, pesquisa e ações.** 1 ed. São Paulo: Summus Editorial, 2015, p. 10-26.

MEDEIROS, M.H.R. Saúde Mental e a Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. V.5 N.1. 1994.

MEDEIROS, M. H R. A terapia ocupacional em relação à produção do conhecimento. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 8, n. 1, 2000.

MEDEIROS, V. H. R., MOREIRA, M. I. B. Os sentidos dos cuidados em saúde mental a partir de encontros e relatos de usuários de um CAPS. **Saúde Soc**; 31(1): e210094, 2022.

MEIRINHOS, D. O olhar por diferentes lentes: o photovoice enquanto método científico participativo. **Discursos fotográficos**, v.13, n. 23, p. 261-290, 2017.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Textos do Projeto-Piloto VER-SUS Brasil. Brasília: MS, 2003.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 246 p, 2002.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: Como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 175 p. 2015.

MELLO, Ana Carolina Carreira. **Construção de sentidos nas intervenções em terapia ocupacional: uma revisão de escopo**. 2019. Dissertação de Mestrado em Terapia Ocupacional. Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos-SP.

MELLO, A. C. C., DITURI, D. R., MARCOLINO, T. Q. A construção de sentidos sobre o que é significativo: diálogos com Wilcock e Benetton. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 28(1), 352-373. 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN1896>

MELLO, A. C. C., ARAUJO, A. S., COSTA, A. L. B., MARCOLINO, T. Q. A construção de sentidos nas intervenções em terapia ocupacional: uma revisão de escopo. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2859. 2021. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR2158>

MORAIS, A. P. P., GUIMARÃES, J.M.X., ALVES, L.V.C., MONTEIRO, A.R.M. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1163-1172, 2021.

MORATO, G.G. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental. 2019. **Tese de Doutorado em Terapia Ocupacional**. Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. SÃO CARLOS - SP 2019.

MORATO, G. G., & LUSSI, I. A. de O. Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental/Contributions from the perspective of Psychosocial Rehabilitation for occupational therapy in the field of mental

health. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 26(4), 943–951.2018
<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1608>

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [acesso 2013 Out 7]; 43(3):566-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300010>.

MORIN, E. (2001). Introdução ao pensamento complexo. [Introduction à la pensée complexe]. Piaget: Lisboa.

MORRISON JARA R. O que une a Terapia Ocupacional? Paradigmas e perspectivas ontológicas da ocupação humana. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro**. 2018, v.2(1): 182-203.

MOYA, Maira Kelly Verengue. O Autorretrato da vida: **experiências de sujeitos em sofrimento psíquico**.2010. Dissertação de Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC, São Paulo-SP.

MÜLLER, S.A ; PEREIRA, G.; ZANON,R.B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, vol. 9, n. 2, p. 6-23, Jul.-Dez., 2017 - ISSN 2175-5027

NASCIMENTO,B.A. O mito da atividade terapêutica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo**, v.1, n.1, p. 17-21,1990.

NASCIMENTO, Larissa Alves do; LEÃO, Adriana. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, p. 103-121, 2019.

NICÁCIO, F. N.; MANGIA, E. F.; GHIRARDI, M. I. G. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*,v. 16, n. 2, p. 62-66, maio./ago., 2005.

NOCK M.K., Borges G, Bromet E.J., Cha C.B., Kessler R.C., Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133-54. doi: 10.1093/epirev/mxn002. Epub 2008 Jul 24. PMID: 18653727; PMCID: PMC2576496.

OLIVEIRA.RF, GOYA.N, ANDRADE.LOM. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental.. *Cien Saude Colet* [**periódico na internet**] (2012/Ago). [Citado em 20/03/2024]. **Está disponível em:** <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acesso-e-integralidade-a-compreensao-dos-usuarios-de-uma-rede-de-saude-mental/10990?id=10990>

OLIVEIRA J.A.M, PASSOS E. Novos perigos pós-desospitalização: controle a céu aberto nas práticas de atenção à saúde mental. In: Carvalho SR, Ferigato S, Barros ME, organizadores. *Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009. p. 322-41.

ORSI, José Alberto. CONCEITUAÇÃO DO RECOVERY SOB O PRISMA DE UMA PESSOA COM EXPERIÊNCIA VIVIDA. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 15, n. 45, p. 19-24, 2023.

PATROCÍNIO, K., SILVEIRA DOS SANTOS, M. L., & FELIX ALVAREZ, H. (2021). Clínica ampliada: a atuação da psicologia na atenção psicossocial à população em situação de rua. *Psicologia Da Saúde E Processos Clínicos*, 2(1). Recuperado de <https://koan.emnuvens.com.br/psisaude/article/view/63>

PORTELLI, A. Forma e significado na História Oral: a pesquisa como um experimento em igualdade. PROJETO HISTÓRIA. **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da PUC de São Paulo**, São Paulo, n.14, p. 07-39, 1997.

PRODANOV, C.C. FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. *In: LANDER, Edgardo (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas Latino-americanas*. Buenos Aires: CLACSO, 2005. p. 227-278.

REIS, Diego dos Santos. Saberes encruzilhados: (de)colonialidade, racismo epistêmico e ensino de filosofia. *Educar em Revista* [em linha]. 2020, 36(), 1-20. ISSN: 0104-4060. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=155063059021>

RIBEIRO, M. E., & GOTO, T. A. Psicologia no sistema único de assistência social: uma experiência de clínica ampliada e intervenção em crise. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(1), 184-194, 2012. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v5n1/v5n1a12.pdf>

RIBEIRO, M.C; MACHADO, A.L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 2, p. 72-75, 2008.

ROCHA, P. L. R., PEGORARO, R. F., & PRÓCHNO, C. C. S. C. (2022). Centros de Atenção Psicossocial segundo Seus Usuários: Uma Revisão Integrativa. *Revista Psicologia E Saúde*, 14(2), 151–164. <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1256>

ROCHA, Lêda Antunes *et al.* Percepção dos usuários de um centro de atenção psicossocial sobre o cuidado em saúde mental. **Mental**, Barbacena, v. 13, n. 23, p. 123-143, jun. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272021000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 abr. 2024.

RODGERS, C. Defining reflection: another look at John Dewey and reflective thinking. **Teach Coll Rec** [Internet]. 104(4):842-66. 2002. Disponível em: <http://eric.ed.gov/?id=EJ651409>.

ROTELLI F., LEONARDES O., MAURI D. Desinstitucionalização. 2ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2001.

ROLNIK, Suely. Uma insólita viagem à subjetividade: fronteiras com a ética e a cultura. In: LINS, Daniel, S. (org.). *Cultura e subjetividade: saberes nômades*. Campinas: Papirus, 1997

SALLES, M.M.; MATSUKURA, T.S. Conceitos de Ocupação e atividade: os caminhos percorridos pela literatura nacional e de língua inglesa In: MATSUKURA, Thelma Simões; SALLES, Mariana Moraes. **COTIDIANO, ATIVIDADE HUMANA E OCUPAÇÃO: Perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental**. São Carlos: EdUFSCar, 2017. p. 01-35.

SANTOS, C. V. M. Sofrimento Psíquico e Risco de Suicídio: Diálogo Sobre Saúde Mental na Universidade. *Rev. Nufen: Phenom. Interd.* | Belém, 11(2), 149-160, mai. – ago., 2019.

SANTOS, J. A. dos. SOFRIMENTO PSÍQUICO GERADO PELAS ATROCIDADES DO RACISMO. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, [S. l.], v. 10, n. 24, p. 148–165, 2018. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/578>. Acesso em: 11 mar. 2024.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T., COSTA-ROSA, A. D. (2017). Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 845-856.

SILVA, A. C. C. DA, & OLIVER, F. C. Participação social em terapia ocupacional: sobre o que estamos falando? *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 2019, 27(4), 858–872.

TAVARES, M.; WERLANG, B.S.G. O conceito de crise na Clínica da Intervenção em Crise In: VIANA, T.C.V.; Diniz, G.S.; Costa, L.F.; ZANELLO, V. (organizadoras). *Psicologia clínica e cultura contemporânea / Brasília: Liber Livros*, 2012.

TEIXEIRA, R.R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111.

TEIXEIRA RR. As dimensões da produção do comum e a saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, 2015, v.24, supl.1, p.27-43.

VENTURINI, E. A linha curva. O espaço e o tempo da desinstitucionalização. Editora FIOCRUZ, 2016.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros:** desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICOS E DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS)

A CONSTRUÇÃO DE SENTIDO DAS INTERVENÇÕES DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA PERSPECTIVA DO SUJEITO DAS AÇÕES

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “A Construção de sentido das intervenções de terapeutas ocupacionais na perspectiva do sujeito das ações”.

O objetivo desse estudo é capturar e analisar a história de vida de pessoas atendidas por terapeutas ocupacionais atuantes no campo da saúde mental, o ponto central será na construção de sentido desses processos, segundo as perspectivas dessas pessoas.

Você foi selecionado(a) por ser atendido por um(a) terapeuta ocupacional nos últimos seis meses, podendo assim, trazer informações de como foi esse acompanhamento.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com o serviço.

A sua participação será responder primeiramente a um formulário de identificação, como: nome, idade, cor, gênero, além de outras perguntas que se relacionam ao seu vínculo com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como por exemplo, data de sua entrada ao serviço e motivo pelo qual está no CAPS.

A sua participação também envolverá uma entrevista que conterà perguntas sobre como foi seu processo de cuidado junto de um(a) terapeuta ocupacional. Essa entrevista será gravada em áudio. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente uma hora.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A resposta às perguntas na entrevista pode oferecer a você risco imediato, mas considera-se que os riscos apresentados por este estudo sejam mínimos. É possível que as perguntas feitas durante a entrevista causem constrangimento ou desconforto e a resposta a elas tragam sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá conversar imediatamente com a pesquisadora e optar pela suspensão imediata da entrevista. Após cada entrevista, o conteúdo trazido pelo participante em formato de áudio será transformado em um texto, fase esta, que na Metodologia da História Oral, escolhida para esse projeto, é chamada de textualização. Cada participante poderá ler o texto fruto da sua entrevista, que será entregue pela pesquisadora. O texto só seguirá para análise e exposição na própria dissertação somente após a autorização do (a) participante.

E para encerrar sua participação, você será convidado a fotografar algo, no próprio ambiente da entrevista que possa dar significado a sua história junto a terapia ocupacional, no processo de intervenção vivido. Um termo de uso de imagem será apresentado para o senhor (a) assinar, visando garantir o sigilo, armazenamento seguro e garantia de participação. Caso não tenha aparelho celular para fotografar, a pesquisadora oferecerá seu próprio aparelho celular para a ação.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo. Entretanto, todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Este trabalho poderá contribuir para compreensão de como a terapia ocupacional tem desenvolvido sua prática na atenção psicossocial sob o olhar dos usuários desses serviços, como as construções de sentido se dão e como afetam os processos de subjetivação dessas pessoas. O estudo busca contribuir também com o fortalecimento da terapia ocupacional, considerando que o sentido de uma prática profissional é construído a partir da captura do significado das intervenções para os sujeitos.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. A pesquisadora também retornará ao CAPS para compartilhar os resultados da pesquisa com os senhores (as).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 -

Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua Gomes de Carvalho, 250 – Sala 15 – Vila Olímpia
– CEP 04547-001 – Telefone: 3846 1134 – R 228 - e-mail: smscep@gmail.com.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Renata Luiza dos Santos Krutli

Endereço: Rua Cipriano Barata, nº801, apto 6, Ipiranga, São Paulo-SP.

Contato telefônico: (16) 982076007

E-mail: renatakrutli@gmail.com

Nome do(a) pesquisador

Assinatura do(a) pesquisadora

Nome do(a) participante

Assinatura do(a) participante

APÊNDICE B - TERMO DE USO DE IMAGEM**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**

Eu, _____, portador da Cédula de Identidade nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente à Rua _____, nº _____, na cidade de _____, AUTORIZO o uso de minha imagem sob minha responsabilidade em fotos, sem finalidade comercial, para ser utilizada na pesquisa “A Construção de sentido das intervenções de terapeutas ocupacionais na perspectiva do sujeito das ações”. O objetivo desse estudo é capturar e analisar a história de vida de sujeitos das ações de terapeutas ocupacionais atuantes no campo da saúde mental, focalizando a construção de sentido desses processos, segundo as perspectivas desses atores.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior que tenha relação com a pesquisa. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

São Paulo, ____ de _____ de 2023.

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO
Nome: _____
Nome Social: _____
Data de nascimento: __/__/____
Idade: _____
Raça/cor: _____
Endereço: _____
Bairro: _____
Escolaridade: _____
Trabalha? sim () não ()
Se sim, onde? _____
Se não, já trabalhou? Quanto tempo? _____
Com quem reside? _____
Há quanto tempo está inserido no CAPS Adulto Capela do Socorro? _____
Qual o motivo do seu acompanhamento no CAPS? _____

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ENTREVISTA ABERTA

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

MOMENTO 1

Boa tarde _____, eu me chamo Renata gostaria de iniciar esse encontro agradecendo a sua participação na pesquisa “A Construção de sentido das intervenções de terapeutas ocupacionais na perspectiva do sujeito das ações”.

Este trabalho está relacionado a minha pesquisa de mestrado, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos-SP. O objetivo desse estudo é capturar e analisar sua história de vida junto a terapia ocupacional, ou seja, a partir do seu contato com terapeutas ocupacionais que trabalham nesse campo da saúde mental, gostaríamos de compreender a construção de sentido que foi produzido em você a partir do seu contato com a terapia ocupacional, a sua história contribuirá para compreendermos melhor sobre a atuação desse (a) profissional no campo da saúde mental, mais especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial.

Se você aceitar participar dessa entrevista, eu vou precisar fazer a leitura do consentimento, que explica sobre a pesquisa e poderei iniciar a entrevista somente após seu aceite e assinatura.

- Leitura do TCLE

MOMENTO 2

- **Pedir ao participante que também possa se apresentar (HISTÓRIA DE VIDA)**
 - Gostaria de pedir para você se apresentar, falar seu nome, idade e onde nasceu.
 - Onde você mora atualmente?
 - Quem mora com você?
 - Conte sobre sua vida, seu dia a dia, sua rotina
 - O que aconteceu em sua vida que te fez precisar do CAPS?
 - Como é para você fazer acompanhamento nesse serviço?
- **O encontro com a Terapia Ocupacional (HISTÓRIA TEMÁTICA)**
 - Conta pra mim como foi seu encontro com o/a terapeuta ocupacional
 - Com qual frequência vocês se encontram?
 - Conta um pouco do que vocês fizeram juntos? O que você mais gosta? Me explica como foi
 - Há algo que você fez junto ao terapeuta ocupacional que eu pudesse fotografar?

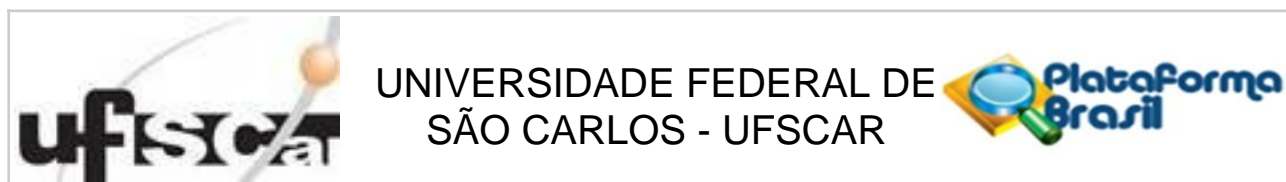
- Seu contato com o/a terapeuta ocupacional acontece de que forma? (refiro a grupos, oficinas, atendimentos individuais ou compartilhados)
 - Você nota alguma diferença entre esse profissional comparado a outros, de outras profissões? Pode falar o por quê?
 - No que o contato com a terapia ocupacional tem lhe ajudado?
 - Há um ponto específico de sua vida que essa ajuda é mais marcante? Poderia relatar o por quê?
 - Você teria alguma vivência junto a terapia ocupacional para compartilhar, que tenha sido significativa para você?
 - Você teria alguma crítica a fazer sobre o acompanhamento, ou sugestão com relação a atuação desse profissional?
- **A fotografia-proposta de registro de imagem**
 - Para finalizarmos sua colaboração nessa pesquisa, gostaria de pedir um registro fotográfico, uma imagem que possa representar para você os encontros com o(a) terapeuta ocupacional, uma imagem que possa trazer um significado para os encontros que vocês tiveram e as atividades desenvolvidas. Para isso, disponibilizarei a câmera do meu aparelho celular.

MOMENTO 3

- **Sinalizar o caminho para o fim do encontro perguntar como o participante está se sentindo**
 - Estamos finalizando nossa entrevista, gostaria de falar algo que eu não te perguntei?
 - Você precisa de alguma coisa? Tá tudo bem, como você se sente?
 - Como se sentiu realizando a entrevista?
- **Agradecer a participação dele(a) e reforçar que (parar de gravar)**
 - a qualquer momento você pode desistir da pesquisa se quiser
 - os dados pessoais não serão divulgados
 - após a transcrição das entrevistas (explicar o que é, e que caso não seja alfabetizado eu posso me comprometer de fazer a leitura) você poderá aprovar o texto
 - assim que pesquisa for concluída você terá acesso a ela (quanto tempo demora e como ele vai ter acesso)
 - pode entrar em contato comigo caso não fique bem em decorrência da pesquisa

ANEXOS

I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONSTRUÇÃO DE SENTIDO DAS INTERVENÇÕES DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA PERSPECTIVA DO SUJEITO DAS AÇÕES

Pesquisador: RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 62053722.3.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.867.306

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2000329.pdf, de 17/01/2023) e/ou do Projeto Detalhado: RESUMO: O uso das atividades no campo da saúde mental não é exclusivo da terapia ocupacional, mas um recurso de extrema relevância à clínica da atenção psicossocial, com objetivo de construir estratégias inclusivas e emancipatórias, com participação social. Estudos apontam que a terapia ocupacional é forte em sua clínica, no trabalho interdisciplinar, porém, apresenta dificuldades em afirmar o contorno de sua disciplina, resultado

de pouca sistematização dos procedimentos que favorecem a construção de sentidos das intervenções de terapeutas ocupacionais, inexistência da explicitação da atuação da(o) terapeuta ocupacional em procedimentos relacionais nas intervenções. Aponta-se a necessidade de compreender melhor a prática da terapia ocupacional no campo da saúde mental junto aos sujeitos das ações de saúde, identificar a partir da narrativa deles como o (a) terapeuta ocupacional se inscreve na vida dessas pessoas, bem como valorizar a perspectiva desses sujeitos sobre os processos que são vivenciados junto à profissão. O objetivo deste estudo é apreender e analisar a história de vida de sujeitos das ações de terapeutas ocupacionais atuantes no campo da saúde mental, focalizando a construção de sentido desses processos, segundo as perspectivas desses atores. Para alcançar

Continuação do Parecer: 5.867.306

tais objetivos será realizada pesquisa qualitativa, tendo a História Oral como método para coleta de dados.

Os participantes da

pesquisa serão usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (II) da cidade de São Paulo. Os instrumentos a serem utilizados serão: formulário de identificação da amostra; roteiro aberto de entrevista; fotografia e diário de campo com anotações da pesquisadora. A análise dos dados se dará em dois momentos, o primeiro voltado para o tratamento das entrevistas, da construção textual, que seguirá as orientações da História Oral e o segundo momento, que voltará para análise das histórias, por meio da Análise de Conteúdo, utilizando da técnica da Análise Temática. HIPÓTESE: O estudo busca contribuir com o fortalecimento da terapia ocupacional, na medida em que acredita-se que o sentido de uma prática profissional é construído a partir da captura do significado das intervenções para os sujeitos. Podemos também acrescentar que, a inscrição da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental depende também da consistência da reprodução de suas práticas e saberes. METODOLOGIA: A abordagem metodológica que melhor se relaciona aos objetivos deste estudo é a qualitativa, ela volta-se para interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, assim como, considera a relação entre mundo objetivo e subjetividade do sujeito, que não se traduz em números. O processo e os significados são os focos principais deste tipo de abordagem (PRODANOV & FREITAS, 2013). Trata-se de uma pesquisa com objetivos descritivo e exploratório, por proporcionar tanto maior familiaridade com o problema, como também almeja expor as características de uma determinada população e fenômeno, o que demandará técnicas de coleta de dados (PRODANOV & FREITAS, 2013). Acredita-se que a utilização da História Oral como método para coleta de dados, pode contribuir com os objetivos deste estudo, na medida em que trata-se de uma abordagem metodológica que permite o pesquisador apreender os significados e a forma como os sujeitos pensam, interpretam e vivenciam suas experiências (DELGADO, 2003; MOYA, 2010). No caso desta pesquisa, será adotado no planejamento para coleta das histórias as características da história oral de vida e da história oral temática, pois, ao mesmo tempo que há um foco específico, que se relaciona a vivência do sujeito ao processo de intervenção do(a) terapeuta ocupacional, será favorecido também espaço para narrativas que possam trazer elementos da história de vida desses sujeitos, sendo consideradas também imprescindíveis para esse trabalho, que se propõe a reconhecer nessas histórias aspectos das subjetividade e modos de subjetivação desses sujeitos das ações de terapeutas

ocupacionais. Meihy (2002) afirma que há projetos temáticos que combinam com a história oral de vida, aponta que com essa mescla de situações vivenciais, a informação acaba por ganhar mais vivacidade e sugere características do narrador. Há também a pretensão de utilizar para essa coleta de dados

Continuação do Parecer: 5.867.306

recursos criativos, como por exemplo, a fotografia para apreensão do universo das significações diante dos processos de intervenção vivenciados pelos sujeitos das ações de terapeutas ocupacionais, na medida em que a fotografia pressupõe a subjetividade de quem fotografa, ao escolher o que fotografar e recortar a realidade a ser fotografada (MOYA, 2010; MEIRINHOS, 2017). As fontes orais contam não apenas o que o povo fez, mas o que queria fazer, o que acreditava estar fazendo, o que agora pensa que fez (PORTELLI, 1997, p.31). Os significados atribuídos às experiências vivenciadas. Já na fotografia, o significado está no ato de fotografar (MOYA, 2010). Em suma, acredita-se que da História Oral, enquanto metodologia qualitativa de pesquisa junto a fotografia, possibilitará o protagonismo dos participantes da pesquisa, e irá de encontro com os objetivos propostos por este estudo, na medida em que abre espaço criativo e de autonomia para que os sujeitos da pesquisa expressem através de seus olhares, o processo de construção de sentido das intervenções de terapeutas ocupacionais.

COMO PRETENDE-SE ABRIR ESPAÇO PARA CAPTURAR OS SENTIDOS CONSTRUÍDOS DESSA RELAÇÃO, A FOTO SERVIRÁ COMO MAIS UM COMPONENTE DE EXPRESSÃO, COM SIGNIFICADO, OU SEJA, O SUJEITO PODERÁ ATRIBUIR À IMAGEM UM SENTIDO, UMA NARRATIVA QUE EXPRESSE O QUE A IMAGEM REPRESENTA COM RELAÇÃO A SUA EXPERIÊNCIA JUNTO A TERAPIA OCUPACIONAL. AS IMAGENS SERÃO REALIZADAS DO APARELHO CELULAR DO (A) PARTICIPANTE, CASO O (A) MESMO (A) NÃO TENHA ACESSO A ESSE TIPO APARELHO DIGITAL, A PESQUISADORA CEDERÁ SEU CELULAR PARA FOTOGRAFIA APÓS A ENTREVISTA. AS FOTOGRAFIAS SERÃO ARMAZENADAS NUMA PASTA NO COMPUTADOR DA PESQUISADORA, GARANTINDO ASSIM, SIGILO DAS IMAGENS E PARTICIPAÇÃO DE TODOS NESTA AÇÃO. UM TERMO DE USO DE IMAGEM SERÁ APRESENTADO AO PARTICIPANTE DA PESQUISA, VISANDO GARANTIR O SIGILO, ARMAZENAMENTO SEGURO E GARANTIA DE PARTICIPAÇÃO.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO: Ter idade entre 18 e 40 anos;
 Estar vinculado ao CAPS II; Usuário que tenha o(a) terapeuta ocupacional como técnico(a) de referência no CAPS II ou usuário que participe de grupos, oficinas ou atendimento individual por um(a) terapeuta ocupacional no CAPS II;
 Estar em acompanhamento com terapeuta ocupacional há pelo menos seis meses;
 Estar apto a estabelecer uma comunicação verbal compreensível e disposição para narrar suas

experiências; O sujeito ou responsável (curador) caso houver, deverá assinar os Termos de Assentimento e de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Continuação do Parecer: 5.867.306

O objetivo deste estudo é capturar e analisar a história de vida de sujeitos das ações de terapeutas ocupacionais atuantes no campo da saúde mental, focalizando a construção de sentido desses processos, segundo as perspectivas desses atores.

Objetivo Secundário:

Identificar e analisar os significados atribuídos por estes sujeitos às ações de atenção e cuidado produzidos no processo de terapia ocupacional;

Identificar e analisar as mudanças que as intervenções terapêuticas ocupacionais produziram na história de vida dos sujeitos das intervenções.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A resposta ao questionário pode oferecer a você risco imediato, mas considera-se que os riscos apresentados por este estudo sejam mínimos. É possível que as perguntas feitas durante a entrevista causem constrangimento ou desconforto e a resposta a elas tragam sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço.

Benefícios:

Este trabalho poderá contribuir para compreensão de como a terapia ocupacional tem desenvolvido sua prática na atenção psicossocial sob o olhar dos usuários desses serviços, como as construções de sentido se dão e como afetam os processos de subjetivação dessas pessoas. O estudo busca contribuir também com o fortalecimento da terapia ocupacional, considerando que o sentido de uma prática profissional é construído a partir da captura do significado das intervenções para os sujeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012 suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Agradecemos as providências e os cuidados tomados pelos pesquisadores ao apresentarem a 3ª versão do protocolo de pesquisa ao CEP da UFSCar. Seguem abaixo as pendências listadas no parecer anterior do CEP e seu status (atendida, não atendida, parcialmente atendida).

Continuação do Parecer: 5.867.306

PENDÊNCIAS 1 - Esclarecer no projeto e na plataforma sobre o uso da fotografia, visando garantir o sigilo, armazenamento seguro e garantia de participação. Assim, é preciso discorrer de forma mais detalhada sobre esse procedimento metodológico. Além disso, o termo de imagem deve ser previsto e elaborado pelo pesquisador.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

PENDÊNCIAS 2- TCLE: Linguagem Acessível: Deve ser tão leiga e tão prática quanto possível, sendo compreensível para o participante da pesquisa e para seu representante legal.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Auto	Situação
----------------	---------	----------	------	----------

			r	o
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_D O_P ROJETO_2000329.pdf	17/01/2023 16:40:02		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOMESTRADOALTERAD O.pdf	17/01/2023 16:39:40	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito

Continuação do Parecer: 5.867.306

Investigador	PROJETOMESTRADOALTERADO.pdf	17/01/2023 16:39:40	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao2.pdf	17/01/2023 16:38:46	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEALTERADO.pdf	17/01/2023 16:36:11	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIAPROJETO PESQUISA.pdf	03/01/2023 21:32:36	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
Outros	TERMOUSODEIMAGEM.pdf	03/01/2023 21:30:19	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	17/08/2022 15:26:33	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

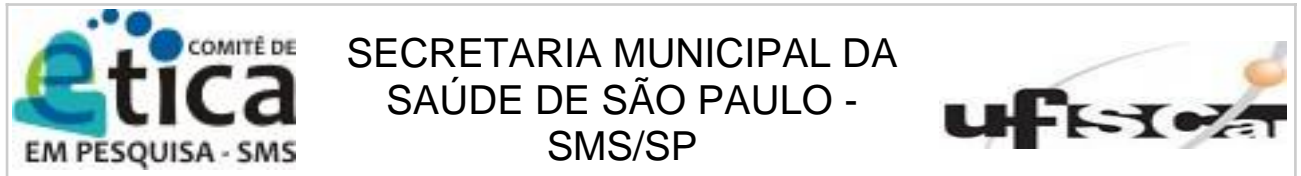
Não

SAO CARLOS, 28 de Janeiro De
2023

Assinado por:

**Adriana Sanches Garcia de
Araújo**

(Coordenador(a))

II- PARECER DO CONEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONSTRUÇÃO DE SENTIDO DAS INTERVENÇÕES DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NA PERSPECTIVA DO SUJEITO DAS AÇÕES

Pesquisador: RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62053722.3.3001.0086

Instituição Proponente: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

Patrocinador Principal: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.055.284

Apresentação do Projeto:

O uso das atividades no campo da saúde mental não é exclusivo da terapia ocupacional, mas um recurso de extrema relevância à clínica da atenção psicossocial, com objetivo de construir estratégias inclusivas e emancipatórias, com participação social. Estudos apontam que a terapia ocupacional é

forte em sua clínica, no trabalho interdisciplinar, porém, apresenta dificuldades em afirmar o contorno de sua disciplina, resultado de pouca

sistematização dos procedimentos que favorecem a construção de sentidos das intervenções de terapeutas ocupacionais, inexistência da explicitação da atuação da(o) terapeuta ocupacional em procedimentos relacionais nas intervenções. Aponta-se a necessidade de compreender melhor a prática da terapia ocupacional no campo da saúde mental junto aos sujeitos das ações de saúde, identificar a partir da narrativa deles como o (a) terapeuta ocupacional se inscreve na vida dessas pessoas, bem como valorizar a perspectiva desses sujeitos sobre os processos que são vivenciados junto à profissão. O objetivo deste estudo é apreender e analisar a história de vida de sujeitos das ações de terapeutas

ocupacionais atuantes no campo da saúde mental, focalizando a construção de sentido desses processos, segundo as perspectivas desses atores. Para alcançar tais objetivos será realizada pesquisa qualitativa, tendo a História Oral como método para coleta de dados. Os participantes da pesquisa serão usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (II) da cidade de São Paulo. Os instrumentos a serem utilizados serão: formulário de

identificação da amostra; roteiro aberto de entrevista; fotografia e diário de campo com anotações da pesquisadora. A análise dos dados se dará em dois momentos, o primeiro voltado para o tratamento das entrevistas, da construção textual, que seguirá as orientações da História Oral e o segundo momento, que voltará para análise das histórias, por meio da Análise de Conteúdo, utilizando da técnica da Análise Temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo deste estudo é capturar e analisar a história de vida de sujeitos das ações de terapeutas ocupacionais atuantes no campo da saúde mental, focalizando a construção de sentido desses processos, segundo as perspectivas desses atores.

Objetivo Secundário:

Identificar e analisar os significados atribuídos por estes sujeitos às ações de atenção e cuidado produzidos no processo de terapia ocupacional; Identificar e analisar as mudanças que as intervenções terapêuticas ocupacionais produziram na história de vida dos sujeitos das intervenções.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A resposta ao questionário pode oferecer a você risco imediato, mas considera-se que os riscos apresentados por este estudo sejam mínimos. É possível que as perguntas feitas durante a entrevista causem constrangimento ou desconforto e a resposta a elas tragam sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço.

Benefícios:

Este trabalho poderá contribuir para compreensão de como a terapia ocupacional tem desenvolvido sua prática na atenção psicossocial sob o olhar dos usuários desses serviços, como as construções de sentido se dão e como afetam os processos de subjetivação dessas pessoas. O estudo busca contribuir também com o fortalecimento da terapia ocupacional, considerando que o sentido de uma prática

profissional é construído a partir da captura do significado das intervenções para os sujeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há comentários e considerações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Recomendações:

Cronograma: Início da coleta a partir da emissão do Parecer Consubstanciado do CEP SMS com status de aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Cronograma: Início da coleta a partir da emissão do Parecer Consubstanciado do CEP SMS com status de aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc). Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas adicionais ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento. Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos; justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, logo que o mesmo estiver concluído. Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquiv o	Postagem	Auto r	Situaçã o
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_D O_P ROJETO_2081242.pdf	25/03/2023 16:01:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADOALTERAD OCEP SMS.pdf	25/03/2023 15:59:17	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEALTERADOCEPSMS.pdf	25/03/2023 15:58:11	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito

Ausência	TCLEALTERADOCEPSMS.pdf	25/03/2023 15:58:11	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
Outros	RESPOSTASASPENDENCIASDOPARECECEPSMS.pdf	25/03/2023 15:52:56	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADOALTERADO.pdf	17/01/2023 16:39:40	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao2.pdf	17/01/2023 16:38:46	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEALTERADO.pdf	17/01/2023 16:36:11	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
Outros	CARTADEANUENCIAPROJETOPESQUISA.pdf	03/01/2023 21:32:36	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito
Outros	TERMOUSODEIMAGEM.pdf	03/01/2023 21:30:19	RENATA LUIZA DOS SANTOS KRUTLI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 11 de Maio de 2023

Assinado por:**Doralice Severo da Cruz
Coordenador(a)**